Czasopismo Lekarskie.

IX. 1907. Listopad. 11.

Symptomatologja wiądu rdzenia w świetle cyfr.

(Analiza 150 własnych przypadków wiądu rdzenia)

Podał **Dr. Stanisław Kopczyński**

b. ordynator kliniki chorób nerwowych w szpitalu ś-go Ducha w Warszawie.

(Rzecz, odczytana w d. 24 Lipca r. b. na X zjeździe lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie).

Wiąd rdzenia (*tabes dorsalis*)—cierpienie układu nerwowego niezbyt rzadkie—nie przestaje zajmować umysłów neurologów tak ze względu na swą patogenezę i etiologię, jak i ze względu na swój nadzwyczaj różnorodny przebieg. Groźne u ogółu „schnięcie mlecza pacierzowego" z widmem przykutego na zawsze do łóżka chorego, nie jest dla lekarza tak straszne: wie on bowiem, że istnieją przypadki, w których długie lata cierpienie zatrzymuje się na niewinnych objawach naprz. „strzykaniu" lub nieznacznem osłabieniu pęcherza i nie zdradza dążności do dalszego rozwoju. Choć z drugiej strony zna on przypadki, w których z nadzwyczajną szybkością, w ciągu paru miesięcy, rozwijał się zupełny bezład lub zanik nerwów ocznych. Badacze, zajmujący się patogenezą wiądu rdzenia, utrzymują nawet, że być może w niedalekiej przyszłości zróżniczkowanie ze stanowiska embrjologicznego różnych co do ważności i odporności drobnych pęczków włókien nerwowych w poszczególnych słupach rdzenia, pozwoli nam wyodrębnić genetycznie różne postacie wiądu rdzenia. Bądź co bądź dla lekarza praktyka będzie rzeczą interesującą i pouczającą zdanie sobie sprawy z tego, jak wielopostaciowo przebiegać może to cierpienie i jakie rokowanie w poszczególnych przypadkach stawiać on może. Z tych względów uważałem za rzecz ciekawą podanie w cyfrach symptomatologii 150 własnych przypadków wiądu rdzenia, spostrzeganych przezemnie w klinice, w szpitalu i w praktyce prywatnej w ciągu ostatnich lat 10.

1°. *Stosunek płci.* Na ogólną liczbę 150 przypadków *mężczyzn* było 125 czyli 83,3%.

Na ogólną liczbę 150 przypadków *kobiet* było 25 czyli 16,7%, czyli że stosunek mężczyzn do kobiet wynosił jak 5:1. Żydów, w tej liczbie obserwowałem 7 czyli 4,7%.

Uwaga. Wybitną przewagę płci męzkiej podnoszą wszyscy klinicyści. Zapewne zależy to od tego, że, pomijając sprawę przymiotu, mężczyźni więcej podlegają innym szkodliwościom, jak zatrucie nikotyną, alkoholem, i wogóle żyją życiem, wyczerpującym więcej układ nerwowy. Małą stosunkowo odsetkę żydów, chorych na wiąd rdzenia, co również podnoszą lekarze neurolodzy, mający specjalną praktykę żydowską, być może uzależnić należy od rzadszego wśród nich syfilisu.

2°. *Zajęcie chorych.* Co do zajęcia chorych, to na ogólną liczbę 150 przypadków notowałem: 18 urzędników, 10 kupców, 9 pracujących na roli, 9 techników, 7 maszynistów kolejowych, 6 ślusarzy, 6 szewców, 5 woźnych, 4 nauczycieli, 3 buchalterów, 3 wojskowych, 2 obywateli miejskich, 2 fryzjerów, 2 dorożkarzy, 2 elektromechaników, 2 muzykantów, 2 lekarzy, 2 księży; po jednym notowani byli: aptekarz, inżynier, adwokat, chemik, organmistrz, policjant, tokarz, grawer, właściciel fabryki, weterynarz, dekarz, strażak, tapicer, dozorca budowlany, felczer, dentysta, murarz, kelner, kowal, cukiernik, student politechniki, malarz, ogrodnik, przedsiębiorca budowlany, zdun.

Zajęcia kobiet oczywiście były głównie domowe. Podaje tu jednak zajęcia ich mężów, w celu określenia przypuszczalnego pochodzenia chorych i ich stanowiska.

Na 24 kobiety 8 było wdów, z tych 3 wdowy po felczerach, 1 po urzędniku, reszta po różnych rzemieślnikach, poza tem notowałem z zamężnych dwie wyrobnice, szwaczkę, kucharkę, stróżkę, żonę strażaka, szewca, rzeźnika, kowala, murarza, kupca.

Uwaga. Z danych powyższych wypływa wybitna przewaga chorych na wiąd mlecza po stronie t. zw. sfer inteligentnych przytem ludności miejskiej. Zależeć to może zarówno od większego wyczerpywania systemu nerwowego przez sfery t. zw. inteligentne, jak i od większej wśród nich częstości syfilisu.

3°. *Wiek chorych.* Co do wieku chorych w chwili pierwszego badania, to przedstawia się on, jak następuje:

W w. od 25 do 30	l. chor.	było	6 czyli	4%
„ 30 — 35	„	„	30 „	20%
„ 35 — 40	„	„	27 „	18%
„ 40 — 45	„	„	37 „	24,6%
„ 45 — 50	„	„	20 „	13,3%
„ 50 — 55	„	„	20 „	13,3%
„ 55 — 60	„	„	5 „	3,3%
„ 60 — 65	„	„	5 „	3,3%

Uwaga. Aczkolwiek chwila pierwszego przez nas badania nie zawsze była jednoczesną z początkiem cierpienia chorego, i ten punkt rozbierzemy później, to jednak możemy powiedzieć, że wiek, w którym chorzy na wiąd rdzenia zwracają się do lekarza, waha się najczęściej pomiędzy 30 a 45 rokiem życia.

4°. *Stosunek do przymiotu.* Na 150 chorych 48 osób, t. j. 32% nie wiedziało, ażeby kiedykolwiek podlegało jakiejbądź infekcji specyficznej. Dotyczy się to zwłaszcza kobiet.

Z 25 *kobiet* 22 t. j. 88% nic nie wie o tem, ażeby miało podledz zarażeniu. Z tych 22 kobiet u 7 podejrzewać można do pewnego stopnia przymiot, a to ze względu na to, iż w jednym przypadku mąż umarł na paraliż postępujący, w dwóch mężowie dotknięci byli wiądem rdzenia, w trzech mężowie leczyli się na syfilis, w jednym były liczne poronienia. Mówimy do pewnego stopnia, gdyż mąż, dotknięty wiądem rdzenia lub bezwładem postępującym, mógł też żony swej nie zarazić.

Ze 125 mężczyzn 26 t. j. 21% nie wie o jakiejkolwiek infekcji specyficznej.

Chociaż na 150 chorych na wiąd rdzenia tylko 48 osób nie wiedziało, że podlegało jakiemukolwiek zarażeniu specyficznemu, ta liczba chorych zupełnie nieleczonych specyficznie, jest znacznie większa, a mianowicie, wynosi 85 to jest 56%. Z tych znaczna odsetka przypada na kobiety: na 25 chorych kobiet tylko 2 t. j. 8% leczyły się w pierwszych trzech latach po zarażeniu za pomocą kuracji specyficznej.

Ze 125 mężczyzn oprócz 26, którzy nigdy nie stwierdzili u siebie zarażenia, jeszcze 37 specyficznie nie leczyło się wcale, pomimo iż zauważyli jakąś rankę na członku, a nawet pomimo iż byli namawiani do tego.

Część (16 na 37) dla tego, że uważała lub lekarz rozpoznał rankę jako szankra miekkiego, część (21 na 37) wskutek swego niedbalstwa. Pewna liczba chorych leczyła się dopiero po wystąpieniu pierwszych objawów nerwowych, oczywiście bezskutecznie i tego pod uwagę brać nie będziemy.

Uwaga. U chorych na wiąd rdzenia w ogromnej przeto większości przyp. spotykamy w wywiadach zarażenie specyficzne.

5°. *Stosowanie kuracji specyficznej.* W celu określenia stopnia stosowania kuracji specyficznej podzieliliśmy chorych na 3 kategorje: do I zaliczyliśmy tych, którzy zastosowali więcej niż 100 frykcji, lub wzięli więcej niż 25 igieł i pili większe ilości jodu, do II kategorji zaliczyliśmy tych, co w okresie trzyletnim po zarażeniu wzięli od 30 do 100 wcierań szaruchy lub też jednocześnie 15—25 wstrzykiwań podskórnych rtęci, do III kategorji zaliczyliśmy tych, co wzięli mniej niż 30 wcierań i mniej niż 15 wstrzykiwań podskórnych rtęci.

W pierwszej kateg.	okazało się	23	chor.
W drugiej „	„ „	18	„
W trzeciej „	„ „	24	„

Trzecią kategorję chorych, w której byli tacy, co tylko kilka igieł lub 5 — 10 frykcji wzięli, oczywiście uważać możemy za leczonych bezwzględnie niedostatecznie.

Drugą kategorję chorych, w której znajdowali się tacy, co wzięli np. 40 frykcji, 10 igieł i wypili 5 butelek roztworu jodu, albo też wzięli 50 frykcji, albo też 30 igieł i nic więcej, uważać należy za względnie niedostatecznie, a obie kategorje za niedostatecznie leczone.

Ponieważ zaś 42 chorych (24+18) było niedostatecznie leczonych, a 85 wcale nie leczonych, okazuje się przeto, że liczba chorych, którzy w pierwszem trzechleciu po zarażeniu nie zastosowali należytej kuracji, wynosi 127 na 150 czyli 85% wszystkich chorych; odwrotnie, tylko 15% chorych na wiąd rdzenia przedsiębrało po zarażeniu energiczną kurację specyficzną (setki wcierań, kilkadziesiąt lub kilkaset igieł, dużo jodu).

Uwaga. Wiąd rdzenia spotykamy więc przeważnie u chorych, którzy po zarażeniu się syfilisem wcale lub bardzo niedostatecznie leczyli się kuracją specyficzną. Porównaj pracę kol. Trzcińskiego p. tytułem „Zapobieganie sprawom parasyfilitycznym". Medycyna 1905 № 26 — 28.

6°. *Obarczenie neuropatyczne.* Pod tym względem rozróżnialiśmy trzy kategorje chorych: do I zaliczylismy tych, od których nie można było się dowiedzieć wyraźnie co do istnienia chorób umysłowych lub ciężkich nerwowych w rodzinie, do II zaliczaliśmy tych, którzy kategorycznie oświadczyli, że w rodzinie ich choroby umysłowe lub nerwowe nie zdarzały

się, do III zaliczyliśmy chorych, obciążonych pod względem neuropatycznym, a więc tych, w których rodzinie notowane były psychozy lub poważne cierpienia nerwowe (wiąd rdzenia, paraliż postępujący i t. p.).

Do I kat. zaliczyliśmy	64	ch.	czyli	42,7%
Do II „ „	50	„	„	33,3%
Do III „ „	36	„	„	24%

Jako ilustrację do kategorji trzeciej mogą posłużyć przypadki np.: B. technik: ojciec zmarł na paraliż postępujący, sam chory przed 10 laty przechodził ostrą psychozę; J. sklepikarz: siostra cierpi na dementia praecox; P. nauczyciel: stryj, wuj, ciotka chorego przechodzili psychozę; N. maszynista: brat chorego, morfinista popełnił samobójstwo; G. technik: rodzice chorego w rok po ślubie przechodzili syfilis, jeden brat umarł wskutek paraliżu postępującego, drugi brat dotknięty jest przymiotem i wiądem rdzenia, trzeci silny neurastenik i t. p.

Tak więc 36 chorych na ogólną liczbę 150, t. j. 24% naszych chorych uważać należy za obciążonych chorobami nerwowemi lub umysłowemi.

Uwaga. Obciążenie neuropatyczne, jak to widać z powyższego, odgrywa wybitną rolę w etjologji wiądu rdzenia.

7°. *Początek choroby w stosunku do wieku.* Tablica pierwsza jest interesująca w zestawieniu z tablicą trzecią, w której zestawiliśmy wiek chorych w chwili pierwszego badania. Tu podajemy wiek chorych, do którego ci odnoszą nejpierwsze objawy swej choroby, jak bóle strzelające, zaburzenia w urynowaniu, parestezje w kończynach, dwojenie się w oczach i t. p.

Początek choroby w okresie:

20—25	lat	podaje	6	chorych	czyli 4%
25—30	„	„	22	„	„ 14,6%
30—35	„	„	33	„	„ 22%
35—40	„	„	33	„	„ 22%
40—45	„	„	26	„	„ 17,3%
45—50	„	„	14	„	„ 9,3%
50—55	„	„	8	„	„ 5,3%
55—60	„	„	2	„	„ 1,3%
60—65	„	„	1	„	„ 0,6%

Z tablicy tej wynika, że początku wiądu rdzenia najczęściej obawiać się należy pomiędzy 25 a 45-ym zwłaszcza zaś pomiędzy 30 a 40-ym rokiem życia. Widzimy tu analogię do pokrewnego co do swej istoty anatomo-patologicznej cierpienia, mianowicie do bezwładu postępującego, który również najczęściej w tym samym wieku rozpoczyna się u chorych.

Pięciu chorych nie mogło podać początku swej choroby nerwowej, gdyż zwrócili się o pomoc lekarską z powodu innego cierpienia i wiąd rdzenia wykryto u nich przypadkowo: jednego np. chorego badano z powodu padaczki, drugi przybył do szpitala z powodu tyfusu brzusznego, trzeci z powodu gruźliczego zapalenia stawu kolanowego, czwarty z powodu złamania nogi (brak bolesności przy wprawianiu złamanej goleni zwrócił uwagę chirurga i wezwany przez niego na naradę stwierdziłem szereg objaw wiądu rdzenia), piąty przypadek dotyczył kobiety, leczonej z powodu zapalenia jajników.

8°. *Długość dotychczasowego trwania choroby.* Biorąc pod uwagę okres, do którego chorzy odnoszą pierwsze swe skargi subjektywne, co, rzecz oczywista, nie jest równoznaczne z początkiem zmian anatomo-patologicznych w układzie nerwowym, długość dotychczasowego trwania choroby określić można w przybliżeniu w sposób następujący:

1	rok	u	24	chorych	czyli 16%
2	lata	u	14	„	„ 9%
3	„		11	„	„ 7%
4	„		22	„	„ 15%
5	„		19	„	„ 13%
6	„		21	„	„ 14%
7	„		12	„	„ 8%
8	„		5	„	„ 3,9%
9	„		1	„	„ 0,7%
10	„		6	„	„ 4%
11	„		1	„	„ 0,7%
12	„		2	„	„ 1,3%
14	„		1	„	„ 0,7%
15	„		3	„	„ 2%
17	„		1	„	„ 0,7%
18	„		1	„	„ 0,7%
20	„		1	„	„ 0,7%

Uwaga. Aczkolwiek dane te nie są ścisłe, to jednak wyciągnąć z nich można wniosek, że wiąd rdzenia należy do cierpień, rozpoczynających się najczęściej powoli, długotrwałych.

9°. *Początek choroby odnośnie do zarażenia się chorobą weneryczną (ulcus durum, molle).* Tu również opierać się musimy na danych subjektywnych, zaczerpniętych z wyników, które rzecz prosta, bezwzględnie miarodajnemi być nie mogą. Mogło np. wystąpić, jako pierwszy objaw wiądu rdzenia, leniwe oddziaływanie lub brak oddziaływania źrenic na światło, o czem chory sam nie wiedział, opieramy się więc tu głównie na wystąpieniu pierwszych skarg podmiotowych i odnosimy je do czasu zarażenia się chorobą weneryczną. Od czasu zarażenia się chorobą weneryczną (szankrem) do wystąpienia pierwszych skarg minął okres:

Od 1—5 lat u 10 chorych
„ 5—10 „ 29 „
„ 10—15 „ 28 „
„ 15—20 „ 14 „
„ 20—25 „ 6 „
„ 25—30 „ 4 „
„ 30 „ 1 chorego.

Z danych tych wynika, że wiąd rdzenia występuje najczęściej w 5 po 15 lat po zarażeniu się chorobą weneryczną. Dla wyżej podanych powodów okres ten należy skrócić, choć z drugiej strony nie ulega żadnej wątpliwości, że pierwsze objawy wiądu rdzenia wystąpić mogą dopiero w 25 i 30 lat po zarażeniu.

Występowanie objawów wiądu rdzenia w rok, dwa lub trzy po zarażeniu każe przypuszczać możliwość istnienia wiądu rdzenia w chwili infekcji specyficznej. Notowaliśmy przypadki, w których chorzy wyraźnie podają zarażenie już w okresie wiądu. Np. E., urzędnik, lat 42, od 6 lat miewa bóle strzelające, od 2 lat zanik nerwów ocznych. Szankra twardego (?) przechodził przed 4 laty.

Wobec tak różnorodnego nieraz bardzo długiego okresu utajonego działania syfilisu na układ nerwowy, wobec braku w niektórych przypadkach wszelkich danych przemawiających za syfilisem w wywiadach, dalej wobec występowania niekiedy objawu wiądu rdzenia już w rok po zarażeniu lub na kilka lat przed zarażeniem, wynosimy wrażenie, że syfilis nie jest *conditio sina qua non* wiądu rdzenia, że w pewnej odsetce przypadków szankier miękki również wystarcza, ażeby przechylić czarę momentów etjologicznych, wywołujących wiąd rdzenia, i że w pewnej aczkolwiek bardzo nieznacznej odsetce i bez zarażenia specyficznego wiąd rdzenia występować może.

10°. *Poszczególne objawy chorobowe. Ich częstość.*

a) *Bóle strzelające* notowałem u 138 chorych a więc u 92%.

Uwagi. Bóle strzelające, strzykanie. „suchy reumatyzm" uważam za jeden z najczęstszych objawów wiądu rdzenia, Występowały one nieprzewidzianie, bez związku z pogodą i z ciśnieniem atmosfery, to latami miały przebieg łagodny, to, aczkolwiek występowały napadami, niesłychanie męczyły chorych. Niektórzy klinicyści, jak wiadomo, bóle strzelające uzależniają od wahań w ciśnieniu krwi wogóle w organiźmie i od wahań w ukrwieniu korzeni tylnych rdzenia w szczególności. Zalecają w tych razach środki sercowe. Moje obserwacje przypuszczenia tego nie potwierdzają.

b) *Zaburzenia w urynowaniu* notowałem u 127 chorych, a więc u 78%.

Uwagi. Jest to jeden również z bardzo wczesnych objawów wiądu rdzenia, na który chorzy często uwagi nie zwracają, a w wywiadach zaznaczają, że początkowo cieszyli się, iż mają mocny pęcherz, iż nie potrzebują tak często, jak dawniej oddawać urynę. Poprawa działalności pęcherza przychodziła często sama przez się.

c) *Stan odruchów.* Zupełne zniesienie obu odruchów kolanowych i ze ścięgien Achillesa notowałem u 128 chorych, a więc u 79%.

Zachowanie jednego odruchu kolanowego lub nierównomierność istniejących notowałem u 13 chorych, a więc u 9%.

Zniesienie obu odruchów kolanowych z zachowaniem odruchu ze ścięgien Achillesa u 1 chorego, czyli u 0,6%.

Zniesienie obu odruchów ze ścięgien Achillesa przy zachowaniu normalnych odruchów kolanowych u 7, chorych czyli u 4,6%.

Zniesienie jednego odruchu ze ścięgna Achillesa lub nierównomierność istniejących przy normalnych odruchach kolanowych notowałem u 7 chorych czyli, u 4,6%.

Uwaga. Kilka razy notowałem wahania się w istnieniu lub natężeniu odruchów kolanowych. Tak np. u jednego chorego, dotkniętego wiądem rdzenia *crises gastriques*, odruch kolanowy, obecny tylko po jednej stronie, znikał podczas napadów żołądkowych.

d) *Częstość i stopień bezładu.* Bezład notowałem u 84 chorych, czyli u 56%. Przytem *lekki* stopień bezładu (słabo wyrażony objaw Romberga, lekkie chwianie się przy chodzeniu i t. p.) notowałem u 57 chorych, czyli u 38% chorych. *Średni* stopień bezładu (chwianie się wyraźne przy chodzeniu, niemożność chodzenia bez laski) notowałem u 11 chorych, czyli u 7,3%.

Silny stopień bezładu (zupełna niemożność chodzenia nawet o lasce) notowałem u 16 chorych, czyli u 10,6%.

Uwaga. Bezład rozwijający się bardzo szybko, niekiedy w ciągu kilku tygodni, kazał nam zawsze przypuszczać pewną domieszkę abazji histerycznej lub nadmierną obawę o upadek u osób z nastrojem hypochondrycznym. W podobnych przypadkach suggestja pod tą lub

inną postacią często na czas dłuższy stawiała chorych na nogi.

e) *Stan źrenic*. Zboczenia od normy tak co do równomierności źrenic, jak, i ich oddziaływania na światło i przystosowanie, notowałem u 142 chorych, czyli u 94,6%.

Zupełnie więc normalne źrenice posiadało tylko 8 chorych czyli 5,4% w pośród tych 142 chorych rozróżnialiśmy następujące kategorje:

a) z typowym objawem Argyll-Robertsona, t. j. ze zwrotną nieruchomością na światło przy żywem oddziaływaniu na przystosowanie w obu źrenicach było chorych 78 czyli 52%.

b) z rozmaitemi zaburzeniami w oddziaływaniu źrenic, jak: zupełny brak oddziaływania na światło i na przystosowanie, albo jednostronny objaw Argyll-Robertsona, albo jednostronny brak wszelkiego oddziaływania źrenicy, albo wreszcie leniwe oddziaływanie w tym lub innym kierunku u 61 chorego czyli u 40,6%.

c) nierównomierność źrenic u 63 chorych czyli u 42%.

d) obustronne wybitne zwężenie źrenic (*myosis*) u 28 chorych czyli u 18,6%.

e) obustronne wybitne wzniesienie źrenic (*mydriasis*) u 6 chorych czyli u 4%.

f) nierównomierność konturów źrenic u 5 chorych czyli u 3,6%.

g) wahania co do wielkości źrenic u 3 chorych czyli u 2%.

f) *Zaburzenia czucia, stwierdzone objektywnie*. Pomimo wyraźnych objawów wiądu rdzenia objektywnie można było stwierdzić zaburzenia czucia wogóle jedynie u 128 chorych, t. j. u 85,3%.

Zaburzenia czucia dotykowego stwierdzić można było tylko u 98 chorych t. j. u 65,3%.

Wyraźne zaburzenia czucia bólowego bez jakichkolwiek zmian objektywnych czucia dotykowego stwierdzono u 30 chorych czyli 20%.

U kilku chorych pomimo bardzo wybitnego bezładu najmniejszych zaburzeń czucia dotykowego nie spostrzegałem.

Osobne pasy znieczulenia na klatce piersiowej, t. zw. *foyez thoracique* znalazłem u 72 chorych czyli u 48%. Z tych wyłącznie na klatce piersiowej bez jakichkolwiek zmian objektywnych a niekiedy i subjektywnych czucia na reszcie ciała u 16 chorych czyli u 10,6%.

Z 72 przypadków ognisk i pasów znieczulenia na klatce piersiowej umiejscowienie jednostronne spostrzegaliśmy w 5 przypadkach t. j. u 3,3%, obustronne w 67 przypadkach t. j. u 44,6% chorych.

Pasy znieczulenia wyłącznie bólowego spostrzegaliśmy w 15 przypadkach t. j. w 10%.

Pasy znieczulenia wyłącznie dotykowego spostrzegaliśmy w 8 przypadkach t. j. w 5,3%.

Oba rodzaje znieczuleń spotykaliśmy w 49 przypadkach czyli w 32,6%*)

Zaburzenia czucia dotykowego i bólowego na twarzy (t. zw. maskę tabetyczną) spotykaliśmy u 8 chorych czyli u 5,3%, z tych jednostronną u 4 chorych czyli u 2,6%, obustronną również u 4 chorych czyli u 2,6%.

Wybitne opóźnienie w przewodnictwie czucia bólowego spostrzegaliśmy u 15 chorych czyli 10%.

Uwaga. Wielokrotnie stwierdzaliśmy nadczułość bólową przy ukłóciach bardzo powierzchownych wobec zupełnego znieczulenia przy ukłóciach głębokich. Przy badaniu należy to zawsze mieć na uwadze.

Wybitną nadczułość na zimno zwłaszcza na klatce piersiowej spostrzegaliśmy u 10 chorych czyli u 6,6%.

g) *Czucie znużenia*. Kilka przypadków badaliśmy pod względem stopnia odczuwania znużenia.

Chorym, leżącym w łóżku, polecaliśmy trzymać w powietrzu w pozycji wyprostowanej nogi; jeden z nich trzymał je przez 5 minut, drugi 10 — 12, trzeci nawet przez 20 minut, nie odczuwając zbytnio znużenia. Człowiek zdrowy w podobnych razach już po 3 — 4 minutach odczuwa wybitnie znużenie.

Uwaga. Chorzy, dotknięci daleko posuniętym wiądem rdzenia, nie doznają właściwego uczucia znużenia i łatwo ulegają przeforsowaniu i przemęczeniu. Należy to mieć na uwadze przy stosowaniu ćwiczeń gimnastycznych metodą Frenkla.

h) *Zanik nerwów ocznych*. Zanik nerwów ocznych, stwierdzony oftalmoskopem, obserwowaliśmy u 34 chorych t. j. u 22,6%, z tych częściowy, pozwalający samemu jeszcze chodzić, notowaliśmy u 21 chorych, czyli u 14%, zupełny zanik nerwów wzrokowych, a więc ślepotę zupełną stwierdziliśmy u 13 chorych czyli u 8,6%.

Niemal więc co 12 z naszych 150 chorych dotknięty był zupełną ślepotą. Ta zbyt wysoka odsetka chorych, do-

*) Na występowanie pasów znieczuleń czy to na dotyk czy też na głębokie ukłócie na klatce piersiowej chciałbym zwrócić specjalną uwagę lekarzy praktyków. Niekiedy stanowią one jeden z najpierwszych objawów wiądu rdzenia, stwierdzanych przedmiotowo.

tknięta zanikiem nerwów ocznych, pochodziła ztąd, że pewna kategorja chorych skierowana została do nas przez okulistów.

Wiek chorych, w którym zupełnie zaniewidzieli z powodu wiądu rdzenia, wynosił:

26	lat	1	chory
34	lata	2	chorych
36	„	1	„
37	„	1	„
40	„	1	„
42	„	3	„
44	„	1	„
55	„	1	„
62	„	2	„

Od pierwszych skarg podmiotowych na osłabienie wzroku do zupełnej ślepoty upłynęło:

½	roku	w 4	przypadkach
1	rok	„ 3	„
2	lata	„ 3	„
5	„	„ 2	„
10	„	„ 1	przypadku.

Widzimy więc, że najczęściej proces zaniku nerwów ocznych odbywał się bardzo szybko: trwał bowiem od pół roku do roku. Twierdzenie, jakoby pomiędzy zanikiem nerwu ocznego a innymi objawami wiądu rdzenia istniał antagonizm, na naszych chorych nie sprawdza się. Inne objawy wiądu, jak bóle strzelające, bezład i t. p. występowały i trapiły chorych pomimo utraty wzroku.

i) Z innych objawów:

Dwojenie się w oczach przejściowe lub stałe łącznie lub bez opuszczenia powieki górnej spostrzegałem u 36 chorych czyli u 24%.

Napady żołądkowe (*crises gastriques*) bóle, ślinotok, nudności, wymioty) spostrzegałem u 12 chorych czyli 8%, z tych w jednym przypadku wymioty często były krwawe, w jednym były tak silne, że chory stał się wskutek tego nałogowym morfinistą.

Napady krtaniowe (*crises laryngéales*) spostrzegaliśmy u 3 chorych czyli u 2%.

Napady pęcherzowe i odbytowe spostrzegaliśmy u 11 chorych czyli u 7,3%.

Napady sercowe u 1 chorego czyli u 0,6%.

Powikłanie cierpieniem aorty bez wyraźnych wskazówek na przebyty reumatyzm notowałem u 6 chorych czyli u 4%.

Powikłanie porażeniem połowicznem stałem lub przejściowem o charakterze porażenia syfilitycznego notowałem w 3-ch przypadkach t. j. u 2%.

Powikłanie histerją zwłaszcza u kobiet notowałem w 6 przypadkach, t. j. 4%.

Porażenie słuchu wskutek zaniku nerwu słuchowego notowałem w 24 przypadkach czyli u 1,3%.

Oprócz tego notowałem po razie powikłanie wiądu rdzenia przez *diabetes mellitus*, *diabetes insipidus*, morbus *Basedowii* porażenie obu nerwów strzałkowych. Raz też notowałem arthropathię na tle wiądu rdzenia.

Ze 150 chorych moich, o ile mi wiadomo, dotychczas *zmarło* 8 t. j. 5,3% z tych trzech wskutek cierpienia aorty (raz pękł tętniak aorty, raz wystąpił zator w mózgu, raz nastąpiło wtórne wyczerpanie serca wskutek jego wady), trzech zmarło wskutek gruźlicy, dwóch wskutek cierpienia dróg moczowych. Dwóch z tych 8 chorych zmarło w okresie choroby, kiedy najmniejszego bezładu u nich zauważyć nie było można, pozostałych 6 zmarło w okresie ostatnim, t. j. przykuci do łóżka wskutek wybitnego bezładu w kończynach dolnych.

Dalsze obserwacje mych chorych w ciągu następnych lat pozwolą mi zrobić to, czego dokonał M a l a i s e,*) który ze swych 150 chorych doczekał się śmierci 58, a mianowicie: zgrupować przypadki w pewne kategorje stosownie do właściwości przebiegu cierpienia i rokowanie w nim oprzeć na danych liczbowych i faktycznych.



Dalsze przyczynki do leczenia płonicy surowicą swoistą

Podał Dr. **W. Puławski** (Radziejów).

[Ciąg dalszy—patrz „Czasopismo lekarskie", T. VI. r. 1904. № 8 str. 335 i № 9 str. 363 oraz T. VII. r. 1905. № 2 i 3 str. 35—46].

Stosując dalej przy leczeniu płonicy surowicę przeciwpłoniczą z pracowni prof. O. B u j w i d a w Krakowie, posiadam 12 nowych spostrzeżeń, których opis poniżej podaję.

Przypadek L VIII. St. Gr., lat 14, dobrej budowy i odżywiania, córka stelmacha, zachorowała przy objawach wymiot, gorączki, bólów głowy i gardła. Przy badaniu dnia 28. IX. 04 znalazłem: chora trzeci dzień, ciepłota 38,8°; oddech 28; tętno 136. Cała prawie powierzchnia skó-

*) Patrz E. v. M a l a i s é. Die Prognose der Tabes dorsalis. Monatschrift für Psychiatrie 1905 T. XVIII.

ry pokryta wysypką, intensywnie czerwoną, drobną i grubopunktową, miejscami zlewającą się. Gruczoły podszczękowe umiarkowanie powiększone i stwardniałe; w gardzieli zaczerwienienie ogólne, naloty niewielkie na obu migdałkach i języczku. Z powodu epidemii panującej i wypadków śmiertelnych w sąsiedztwie, rodzina, zatrwożona chorobą dziewczyny, prosi o wczesne zapobieżenie niebezpieczeństwu. Zastrzyknąłem 20 centm.[3] surowicy przeciwpłoniczej Bujwida (Serja z dnia 5. IX. 04). Nazajutrz cały dzień poty, silniejsze zaczerwienienie i powiększenie się wysypki; potem szybkie zdrowienie bez powikłań.

Przypadek L IX. J. Km., 11 miesięcy, tęgiej budowy i doskonałego odżywiania, córka włodarza. Chora drugi dzień, ciepłota 38,9°; tętno 180, oddech 42; wysypka punkcikowata zaczyna występować na piersiach i tułowiu. W gardle zaczerwienienie ogólne, zarysy nalotów na migdałkach; gruczoły podszczękowe umiarkowanie powiększone i zlekka stwardniałe. Zastrzyknąłem 20 centm.[3] surowicy przeciwpłoniczej Bujwida (Serja z dnia 5. IX. 04). Nazajutrz poty, rozszerzenie się wysypki na całą pewierzchnię skóry; potem szybkie zdrowienie bez komplikacji.

Chorą przywieziono do mnie, załatwiając jednocześnie formalności pogrzebowe zmarłej dnia poprzedniego pieciolетniej siostry, na piąty dzień choroby przy bardzo silnie powiększonych gruczołach, które ją „zadusiły". Surowica stosowaną nie była.

Przypadek L X. T. K., lat $2^3/_4$, budowa wątła, odżywianie liche, syn kupca towarów kolonialnych. Chory trzeci dzień; pierwszego dnia silne, wielokrotne wymioty. Przy badaniu: ciepłota 38,4°; tętno 148, oddech 36, śpiączka. Wysypka plamiasta, rzadka, bladoczerwona na tułowiu, brzuchu i udach. W gardzieli zaczerwienienie ogólne i zarysy szarych nalotów na języczku, łukach i migdałkach; gruczoły okołoszczękowe i szyjowe wyraźnie powiększone i stwardniałe. Zastrzyknąłem 20 centm.[3] surowicy przeciwpłoniczej Bujwida (Serja z dnia 5. IX. 04). Wieczorem tegoż dnia: ciepłota 39,8°; tętno 168, oddech 42, niepokój, nerwowe rzucanie się; zaczerwienienie skóry silniejsze, bardziej jednolite, rozlane. W nocy poty obfite, kilkakrotne, nazajutrz również. Czwartego dnia po injekcji wysypka znacznie zbladła, miejscami znika, przy spadku ciepłoty i unormowaniu się tętna i oddechu. Odtąd szybkie zdrowienie bez powikłań.

Powyższe trzy przypadki były spostrzegane przezemnie jeszcze przed ogłoszeniem drugiej serji spostrzeżeń, lecz przebieg ich następczy nie był mi bliżej znany podczas przygotowania notatki do druku. O pięciu innych przypadkach, leczonych surowicą przeciwpłoniczą przezemnie i innych kolegów w tym samym okresie czasu, wiadomem mi jest tylko tyle, że żaden z pacjentów nie umarł i nie przechodził następczych chorób, żyją wszyscy dotąd i cieszą się jaknajlepszem zdrowiem, dla braku jednak o nich bliższych danych, dotyczących samej choroby i jej przebiegu po zastosowaniu surowicy, wyłączyłem je z szeregu statystycznego.

Następne pięć przypadków, do opisu których zaraz przejdę, były spostrzegane przezemnie już po napisaniu drugiej notatki mojej i przesłaniu jej do druku, czyli przed samem powołaniem mnie na Daleki Wschód.

Przypadek L XI. Ant. K., lat $4^1/_2$, rodzony brat № L X, budowa i odżywianie średnie. Przy badaniu dnia 17. I. 05. znalazłem: chory drugi dzień, poprzedniego dnia kilkakrotne wymioty; ciepłota 39,8°; tętno 162, drobne, łatwo uciskalne; oddech 36. Wysypka intensywnie czerwona, punkcikowata na piersiach i brzuchu; na twarzy ciemnoczerwone wypieki z odcieniem cyanotycznym. Miejscowo w gardzieli zaczerwienienie ogólne i z lewej strony duże szarożółte naloty na migdale i łuku, z prawej strony mniejsze; odpowiednio do tego i gruczoły około szczękowe lewe bardziej powiększone i stwardniałe, niż prawe Zastrzyknąłem 20 centm.[3] surowicy Bujwida (Serja z dnia 5. IX. 04). W nocy spał niespokojnie, pocił się. D. 18. I. 05. z rana: ciepłota 39,4; tętno 158, oddech 30. Przez cały dzień kilkakrotne poty; wieczorem ciepłota 38,8°; tętno 148, oddech 28, wysypka intensywnie czerwona pokryła całą powierzchnię skóry. W nocy spał lepiej, pocąc się kilkakrotnie, nie tak obficie.

D. 20. I. 05. Stan ogólny lepszy, przełyka łatwiej, weselszy. Ciepłota 38,2; tętno 122, oddech 24, wysypka blednie na całej powierzchni ciała. W gardle naloty oddzielają się, gruczoły bez zmiany.

D. 22. I. 05. Stan ogolny o wiele lepszy, wysypka miejscami znikła, zaczyna się łuszczenie; w gardle naloty znikły, pozostało ogólne zaczerwienienie, grucz-

ły mniejsze. Ciepłota 37,4; tętno 110, oddech 22.

D. 23. I. 05, t. j. na szósty dzień po injekcji wystąpiła dość gęsta pokrzywka na całem ciele, swędząca i zmieniająca miejsce; trwała ona przez cały dzień następny, lecz była mniej dokuczliwą.

D. 25. I. 07. Pokrzywka znikła; ogólny stan bardzo dobry, łaknienie prawie normalne, przełykanie swobodne; gardło czyste, gruczoły prawie normalne. Mocz bez białka. Odtąd szybkie zdrowienie bez powikłań.

Przypadek L XII. J. K, lat $6^1/_2$, budowa i odżywianie średnie, rodzona siostra dwóch poprzednich. Zachorowała d. 20. I. 05. przy kilkakrotnych wymiotach, bólu głowy, gardła; ciepłota 39,0°; tętno 126, oddech 28. Przy badaniu d. 21. I. 05. znalazłem: ciepłota 39,8°; tętno 132, oddech 36. Gruczoły okołoszczękowe z obu stron znacznie powiększone i mocno stwardniałe; w gardzieli na tle ogólnego, intensywnego zaczerwienienia wyraźne, obszerne zarysy nalotów z obu stron, język malinowo-czerwony. Wysypka szkarłatna, punkcikowatą, zaczyna się zjawiać na piersiach, szyi i tułowiu. Zastrzyknąłem 20 centm.^{3} surowicy B u j w i d a (Serji z d. 5. IX. 04). W ciągu nocy poty kilkakrotne, bezsenność, niepokój.

Zrana d. 22. I. 05. Ciepłota 39,0°; tętno 126; oddech 32; w gardle naloty wyraźne, większe; gruczoły bez zmiany. W ciągu dnia poty kilkakrotne, do wieczora wysypka pokryła całe ciało w postaci punkcikowatej, zlewającej się, szkarłatnej z odcieniem cyanotycznym. W nocy poty mniej obfite, spała lepiej, z przerwami.

Zrana d. 23. I. 05. Spokojniejsza, ciepłota 38,6°; tętno 116, oddech 26. Wysypka intensywnie czerwona, w gardle naloty zaczynają rozpływać się, zaczerwienienie mniejsze; gruczoły bez zmiany.

D. 24. I. 05. Ciepłota 37,5°; tętno 106; oddech 22; ogólny stan znacznie lepszy. Wysypka blednie na całej powierzchni skóry. Odtąd szybkie zdrowienie bez powikłań i chorób następczych.

Przypadek XIII. K. St., lat 4, budowa i odżywianie dobre, syn gospodarza. Przy badaniu d. 25. I. 05. znalazłem: chory czwarty dzień, ciepłota 39,9°; tętno 148, oddech 42, ciągłe wymioty po każdym napoju, wysypka drugi dzień punkcikowata, gęsta na tle erytematycznym, intensywnie szkarłatnem, prawie na całej powierzchni skóry. W gardzieli z obu stron obfite, szaro-żółte naloty, cienkie, zlekka krwawiące przy ścieraniu. Gruczoły okołoszczękowe z obu stron mocno powiększone i stwardniałe, miejscami zlewające się. Zastrzyknąłem 20 centm.^{3} surowicy B u j w i d a (Serja z dnia 5. IX. 04). Przez całą noc i dzień następny kilkakrotne obfite poty; wysypka bardziej czerwona, gęsta, pokrywa całą skórę.

D. 27. I. 05. Wysypka zaczyna blednąć; ciepłota 37,9°; tętno 126, oddech 28. Miejscowo, w gardzieli, naloty zaczynają się oddzielać, stają się szlamiaste.

D. 29. I. 05. Stan ogólny znacznie lepszy, wysypka znika na całej powierzchni; gardło oczyszcza się; naloty znikają; gruczoły mniejsze. Ciepłota 37,8°; tętno 108. Odtąd szybkie zdrowienie przy bardzo obfitem łuszczeniu się skóry bez powikłań i chorób następczych.

Przypadek XIV. A. St., lat 6, budowa i odżywianie średnie; rodzona siostra poprzedniej. Przy badaniu d. 1. II. 05. znalazłem: chora trzeci dzień, wysypka pierwszy dzień: czerwona, drobnopunktowa, na piersiach, brzuchu. Ciepłota 39,4°; tętno 138, oddech 32. W gardle z obu stron naloty cienkie, szarożółte, niewielkie, na migdałkach i łukach; gruczoły okołoszczękowe z obu stron wydatnie powiększone i stwardniałe. Zastrzyknąłem 20 centm.^{3} surowicy B u j w i d a (Serji z dnia 5. IX. 04). Na czwarty dzień po injekcji spadek ciepłoty, złagodzenie wszystkich objawów; wysypka zaczyna blednąć. Odtąd zdrowienie szybkie bez powikłań.

Przypadek L XV. K. Rol., lat $2^1/_2$, budowa i odżywianie dobre, syn fornala. Przy badaniu d. 1. II. 05. znalazłem: chory piąty dzień, wysypka piąty dzień, intensywnie czerwona, bardzo obfita, na całej powierzchni skóry; na kończynach cyanotyczna, marmurkowata. W gardzieli naloty obfite, zielonawożółte, krwawiące przy ścieraniu; gruczoły okołoszczękowe z obu stron, bardzo silnie powiększone i mocno stwardniałe, miejscami zlewają się w większe nacieczenie. Ciepłota 40,5°; tętno 160 drobne, łatwo uciskalne; oddech 42. Zastrzyknąłem 20 centm.^{3} surowicy B u j w i d a (Serja z dnia 5. IX. 04). Nazajutrz pogorszenie się wszystkich objawów; pod wieczór ciepłotą 40,8°; tętno 178, oddech 48. Przełykanie prawie że zupełnie niemożliwe. Wysypka cyanotyczna z odcieniem żółtaczkowym. Zastrzyknąłem powtórnie 20 centm.^{3} tejże serji. W nocy bardzo obfite poty, trwające z przerwami przez całą dobę.

D. 4. II. 05. Stan nieco lepszy, przełykanie cokolwiek łatwiejsze, pragnienie

wzmożone. Wysypka na całem ciele intensywnie szkarłatna, straciła odcień cyanotyczny i żółtaczkowy. Ciepłota 39,5°; tętno 160, mocniejsze, pełniejsze; oddech 40.

D. 6. II. 05. Stan wiele lepszy; ciepłota 38,5°; tętno 142, oddech 32. Gruczoły nieco mniejsze, w gardzieli obfite oddzielanie się szlamiastych, cuchnących nalotów; połykanie nieco łatwiejsze. Wysypka blednie, miejscami znika; mocz bez białka.

D. 10. II. 05. Wśród obfitego łuszczenia się naskórka wystąpiła pokrzywka, swędząca, dość liczna, trwała ona przez cały dzień następny, zmieniając miejsce i stopniowo zmniejszając się z znia 12. II. 05. pod wieczór znikła; mocz był bez białka, stan bezgorączkowy Odtąd powolne zdrowienie bez powikłań.

Następne cztery przypadki, do opisu których zaraz przejdę, spostrzegałem w m. Lutym i Marcu roku bieżącego zupełnie niespodzianie wśród licznych chorych na odrę, która w tym czasie w okolicy naszej grasowała. Przypadki te stanowiły część zlokalizowanej małej epidemii, jaka wybuchła w dwu tylko, sąsiadujących ze sobą, obejściach gospodarskich, leżących na końcu rozległej kolonnii, dość daleko od innych zagród gospodarskich. Infekcja zawleczoną została przez Święta Bożego Narodzenia, podczas których kilka osób z jednej rodziny wyjeżdżało w odwiedziny do krewnych, zamieszkałych o 4 mile dalej, w okolicy, nawiedzonej tej zimy właśnie przez ciężką epidemię szkarlatyny. Wkrótce po powrocie zapadli kolejno na szkarlatynę: 1) Ojciec lat 36, wyzdrowiał bez powikłań; 2) służąca lat 19, z objawami wydatnymi ze strony gardła, wyzdrowiała; 3) chłopiec lat $1^1/_2$, zmarł na 23 dzień choroby przy objawach zropienia gruczołów szyi i chrząstek krtaniowych; 4) chłopiec lat 4, zmarły na 18 dzień choroby przy objawach niedomogi sercowej wobec obrzęków, zresztą niewielkich, pochodzenia nerkowego (białkomocz 7 ‰ według E s s b a c h a); 5) dziewczyna lat $6^1/_2$, zmarła na 24 dzień choroby przy objawach drgawek mocznicowych, wobec istniejącego krwiomoczu w ciągu ośmiu dni przed śmiercią; 6) dziewczyna lat $8^3/_4$, wyzdrowiała po przejściu nephritis, połączonego z dwukrotnemi drgawkami mocznicowemi, i otitis dextra, z pozostałym wyciekiem ropnym aż do chwili obecnej. Wszystkie te sześć osób zachorowały podczas chwilowej mojej nieobecności w domu, a następnie weszły w moją kurację dwie z nich już w ostatnich okresach chorobowych; u żadnej z tych osób surowica zastosowaną nie była. Ostatnim w rodzinie tej zachorował chłopiec lat ośmiu, do którego zawezwano mnie już wtedy, gdym leczył rodzinę sąsiednią, która infekcją od pierwszej przejęła; opis przebiegu jego choroby stanowi przypadek ostatni.

Przypadek L XVI. J. Gral., $1^1/_2$ roku, syn gospodarza, budowa i odżywianie średnie. Przy badaniu dnia 25. II. 07. znalazłem: chory piąty dzień, w ciągu pierwszych dwóch dni częste wymioty; na całej powierzchni skóry wysypka intenzywnie czerwona z cyjanotycznym odcieniem, drobno i grubopunktowa, miejscami zlewająca się, erytematyczna. Gruczoły okołoszczękowe i szyjowe z obu stron stwardniałe i silnie powiększone, miejscami zlewające się w większe nacieczenia; w gardle naloty, szarożółte, niewielkie, na łukach, języczku, migdałkach i tylnej ścianie. Ciepłota 39,6°; tętno 168, bardzo drobne, łatwo uciskalne; oddech 46 bardzo powierzchowny, senność, chwilami krótkotrwałe drgawki ogólne. Z powodu smutnych przejść w rodzinie sąsiedniej rodzice proszą, aby zapobiedz złośliwej chorobie. Zastrzyknąłem 30 centm.³ surowicy przeciwpłoniczej B u j w i d a (Serji z dnia 11. XII. 06). W nocy i przez cały dzień następny częste i obfite poty, wysypka więcej czerwona, szkarłatna, „ogni się“, tracąc odcień cyjanotyczny i zlewając się jednolicie na całej powierzchni skóry.

D. 27. II. 07. Ciepłota 38,5°; tętno 148, nieco mocniejsze, wyraźniejsze; oddech 32 głębszy, stan ogólny znacznie lepszy. Wysypka miejscami zaczyna blednąć, gruczoły nieco mniejsze, w gardle naloty rozpływają się i oddzielają w postaci błoniasto-szlamiastych mas, nieco krwistych. Odtąd stopniowe zdrowienie przy obfitem łuszczeniu się całej powierzchni skóry Dnia 5. III. 07. t. j. na ósmy dzień po injekcji pokrzywka dosyć liczna, rozsypana po całej powierzchni skóry, zmieniająca miejsce i zmniejszająca się stopniowo, aż do zniknięcia w dniu 8. III. 07. Mocz bez białka. Odtąd zdrowienie bez powikłań następczych.

Przypadek L XVII. St. Gral., lat $3^1/_2$, rodzony brat poprzedniego, tęgiej budowy i doskonałego odżywiania. Przy badaniu dnia 25. II. 07. znalazłem: chory trzeci dzień, ciepłota 38,9°; tętno 152; oddech 38. Wysypka zaczyna występować na piersiach, szyi i plecach w postaci czerwonych plamek, miejscami zlewających się i sinawo zabarwionych. Gruczoły oko-

łoszczękowe i szyjowe z obu stron znacznie powiększone i wydatnie stwardniałe; w gardle na tle cyanotycznego zaczerwienienia szarobiałe naloty na łukach i migdałkach z obu stron. Zastrzyknąłem 20 centm.³ surowicy Bujwida (Serji z dnia 11. XII. 06). Przez noc poty niewielkie wysypka większa, zresztą wybitne pogorszenie się wszystkich objawów; pod wieczór powtórnie zastrzyknięto 20 centm.³ surowicy Bujwida (tejże serji). W nocy i przez cały dzień 27. II. 07. obfite i częste poty; wysypka, rozlana na całej powierzchni skóry, straciła zabarwienie cyjanotyczne, przybierając kolor szkarłatny, zaogniła się; w gardle gruczoły bez zmiany.

D. 28. II. 07. Stan ogólny nieco lepszy: ciepłota 38,0°; tętno 146, mocniejsze; oddech 32. Wysvpka miejscami blednie; miejscowo w gardle naloty znikają, rozpływając się w szlamiasto flegmiste masy, gruczoły zmniejszają się.

D. 2. III. 07. Ciepłota 37,5°; tętno 120; oodech 26. Wysypka znika, zaczyna się łuszczenie naskórka; gruczoły znacznie mniejsze, w gardle resztki nalotów, przełykanie o wiele swobodniejsze. Pod wieczór tegoż dnia wystąpiła pokrzywka, bardzo liczna, rozsypana po całej powierzchni skóry. trwała ona, zmieniając miejsce i stopniowo niknąc, do dnia 5. III. 07. Odtąd zdrowienie dość szybkie bez powikłań następczych.

Przypadek L XVIII. Br. Gral., lat 6, rodzona siostra poprzednich, budowa i odżywianie średnie. Przy badaniu dnia 28. II. 07. znalazłem: chora drugi dzień, częste wymioty; ciepłota 39,5°; tętno 126, oddech 32: gruczoły okołoszczękowe i szyjowe wydatnie stwardniałe i umiarkowanie powiększone, w gardle zaczerwienienie ogólne, zarysy nalotów na migdałkach i łukach. Wysypka zaczyna występować na szyi, piersiach i plecach w postaci rozsianych punkcików, szkarłatnej barwy, miejscami plamki ciemnoerytematyczne. Pomimo tych dosyć łagodnych objawów słabość ogólna wydatna, zawroty głowy, apatyja, senność, niekiedy ciche bredzenie, przerywane drganiem całego ciała. Zastrzyknąłem 20 centm.³ surowicy Bujwida (Serji z dnia 11 .XII. 06). W nocy i następnego dnia poty umiarkowane; rozwijanie się zwykłych objawów szkarlatynowych o przebiegu łagodniejszym, następnie od dnia 4. III. ustępowanie tychże dość szybkie; zdrowienie następcze szybkie, bez powikłań.

Przypadek L XIX. Wł. P., lat 8, syn gospodarza, w którego rodzinie zawleczono infekcję szkarlatynową, zachorował, jak to już wspominałem ostatni, budowa i odżywianie średnie. Przy badaniu dnia 6. III. 07. znalazłem: chory trzeci dzień, wymioty występują rzadziej niż w przeciągu pierwszych dwóch dni, ciepłota 39,8°; tętno 128, drobne, nierówne; oddech 32. Gruczoły okołoszczękowe i szyjowe z obu stron wydatnie powiększone i stwardniałe, miejscowo w gardzieli na tle ciemnoczerwonego przekrwienia ogólnego błon śluzowych szare naloty na języczku, migdałkach, łukach i tylnej ścianie. Wysypka intensywnie czerwona, punkcikowata, pokrywa prawie całą powierzchnią skóry, zlewając się miejscami w duże plamy erytematyczne z odcieniem cjanotycznym, zwłaszcza na kończynach dolnych. Wobec smutnych wypadków w rodzinie, zaszłych przed zachorowaniem tego chłopca, i wobec względnie łagodnego przebiegu choroby u dzieci sąsiadów po zastosowaniu surowicy, proszę, aby również przedsięwziąć „zaszczepienie“ surowicy. Zastrzyknąłem 30 centm.³ surowicy przeciwpłoniczej Bujwida (Serji z dnia 11. XII. 06).

W przeciągu trzech dni następnych częste i obfite poty, wysypka stała się czerwoną tracąc odcień cjanotyczny; w gardle naloty odgraniczyły się; gruczoły nieco się zmniejszyły. Dnia 10. III. 07. Stan ogólny lepszy, wszystkie objawy złagodniały, wysypka zaczyna blednąć. Ciepłota 38,2°; tętno 116, mocniejsze, równe; oddech 26, głębszy, prawie normalny. Gruczoły mniejsze, w gardzieli naloty zmniejszyły się, miejscami znikają, rozpływając się.

W dniu 15. III. 07, t. j. dziewiątego dnia po injekcjach wystąpiły czerwone, rozlane plamy po całym ciele; otoczenie przyjęło ją za nawrót choroby. Trwały one przez całe dwa dni następne, poczem, stopniowo zmniejszając się, blednąc znikły w dniu 18. III. 07. Sądząc z opowiadania i przebiegu, była to wysypka posurowicza w postaci plam erytematycznych; białkomoczu nie było; odtąd względnie szybkie zdrowienie bez powikłań następczych.

Spostrzegane 12 przypadków, których opis podałem, grupowały się jak następuje:

I). Co do płci

1) Chłopców 7; 2) dziewcząt 5.

II). Co do wieku.

0—1=1	5—6=1
1—2=1	6—7=2
2—3=2	7—8=1
3—4=2	14—15=1
4—5=1	

III). Co do dnia choroby, w którym surowica została zastrzyknięta.

na 2 dzień=4	na 4 dzień=1
„ 3 „ =5	„ 5 „ =2

IV). Co do ilości zastrzykniętej surowicy.

20 cm.³=8 przyp.
40 cm.³=2 „
30 cm.³=2 „

V). Co do wielokrotności injekcji.
jednokrotnie=10 przyp.
dwukrotnie = 2 „

VI). Białkomoczu w przebiegu choroby nie zauważono ani razu.

VII). Zachorowania na szkarlatynę z zejściem śmiertelnem były w najbliższych rodzinach chorych w 4 przypadkach.

VIII). Wysypka posurowicza była spostrzegana w pięciu przypadkach, pod postacią pokrzywki lub też plam erytematycznych.

IX). Jakichkolwiek innych powikłań (ani na miejscu injekcji, ani ze strony innych organów wewnętrznych), któreby mogły być przypisane działaniu surowicy nie spostrzegałem wcale.

Współcześnie spostrzeganych przypadków szkarlatyny, nieleczonej surowicą, mam za cały czas ten zanotowanych 14, z których sześć ciężkich, a wśród nich śmiertelne cztery.

Reasumując i zestawiając dane, powyżej otrzymane, z poprzednio opublikowanemi (loco citato) otrzymany:

Tablica I.

R O K	Ogólna ilość przypadków	Ilość przypad. śmiertelnych	D-to w %	Ilość przypadków ciężkich	w %	Śmiertelność ich w %	U w a g i
1904—1905	48	20	41,6	28	58	71	Leczenie zwykłe
1906—1907	69	10	14,5	35	50,7	28	Leczenie surowicą

Pospieszyłem opublikować resztę spostrzeganych przezemnie przypadków w tem przekonaniu, że nie będę miał prawdopodobnie możności tak prędko spostrzegać nowej serji, gdyż epidemie szkarlatyny w okolicy najbliższej miejsca, gdzie zamieszkuję, nie bywają częściej jak co 6 do 8 lat; zatem lat kilka upłynąć może nim znów poważniejsza ilość nowych spostrzeżeń przezemnie zebraną zostanie. Tymczasem wobec tego, że kwestja leczenia szkarlatyny surowicą swoistą, jako stojąca jeszcze otworem, doprasza się nieomal sama przez się o jaknajwiększą ilość odnośnych spostrzeżeń, dokonywanych wśród różnorodnych epidemji i w rozmaitych warunkach, aby w ostatecznych wynikach dać całokształt pojęcia o tem, o ile kwestja leczenia szkarlatyny surowicą da się równie pomyślnie jak i dyfterytu rozwiązać, pozwolę tu sobie w krótkości przedstawić resumé całego cyklu dokonywanych spostrzeżeń, przerwanych niestety na czas prawie półtoraroczny przez powołanie mnie w końcu Marca roku 1905 do służby czynnej na Daleki Wschód. Przedewszystkiem uprzytomnię tu dane liczbowe wszystkich trzech serji spostrzeżeń.

Wszystkie spostrzegane przypadki, w ilości 69, grupowały się, jak następuje:

I). Co do płci.

1) Chłopców 34; 2) dziewcząt 64; 3) kobieta 1.

II). Co do wieku:

0—1=2	5—6=6	11—12=1
1—2=7	6—7=4	12—13=1
2—3=9	7—8=5	14—16=3
3—4=9	8—9=2	16—17=1
4—5=7	9—10=1	18—19=4
	10—11=6	27—28=1

III). Co do dnia choroby, w którym surowica zastosowaną została.

1—2	4—8	7—2
2—17	5—10	8—1
3—26	6—3	

IV). Co do ilości zastosowanej surowicy.

10 cm.³=20	40 cm.³=3
20 „ =37	60 „ =1
30 „ = 5	20 „ +2000

J. Ochr. Sur. dyft.=3.

V). Co do wielokrotności injekcji.
1). Jednokrotnie—59 razy
2). Dwukrotnie — 9 „
3). Trzykrotnie — 1 „

VI). Białkomocz w czasie przebiegu choroby spostrzegany (według E s s b a c h a) był 4 razy, t. j. w 7% przypadków (z wyłączeniem wszystkich śmiertelnych).

VII). W 31 przypadkach miały miejsce zachorowania na szkarlatynę z zejściem śmiertelnem w najbliższych rodzinach leczonych chorych, t. j. w 45% wszystkich przypadków.

VIII). Wszystkie dziesięć przypadków śmiertelnych występowały odrazu, t. jest z chwilą pierwszego badania, jako beznadziejne, ani jednego jednak nie wyłączyłem z szeregu statystycznego, niechcąc sztucznie zmniejszać procentu śmiertelności. Dane, dotyczące tych dziesięciu przypadków, zestawione są w tablicy drugiej, gdzie w rubryce: *„uwagi“* odnotowałem najgłówniejsze objawy charakterystyczne, jakie istniały w chwili lub po injekcji. (patrz Tablicę II. na str. następnej).

Do tych danych liczbowych dodam następujące uwagi:

1) Aczkolwiek z powodu wielu okoliczności nieprzychylnych w większości przypadków z konieczności stosowałem dawki małe, a nawet minimalne, otrzymałem rezultat prawie trzy razy lepszy niż przy leczeniu zwykłem.

2) Surowica przeciwpłonicza w dawkach zastosowanych okazała się środkiem zupełnie nieszkodliwym. Nie było można ani razu dostrzedz jakichkolwiek powikłań czy to miejscowych (in loco injectionis), czy też ogólnych, któreby odnieść można na karb działania surowicy. Wysypka posurowicza, w postaci pokrzywki lub plam różycowych, spostrzeganą była pięć razy. Nie wyłączając możności przeoczenia jej przez otoczenie zwłaszcza w tych przypadkach, które rzadziej widywałem, a gdzie wysypka znikała powolniej, przy obfitem łuszczeniu się naskórka, skłonnym byłbym przypuścić, że rzadkość wysypki zależała od małych dawek surowicy. Surowica przeciw płonicza w pracowni prof. O. B u j w i d a w Krakowie otrzymuje się z krwi koni szczepionych paciorkowcami, otrzymanymi z krwi chorych na szkarlatynę. Paciorkowce hodują się stale w surowicy ludzkiej i zastrzykują się żywe, w dużej ilości, a po przyjściu zwierzęcia do zupełnego zdrowia, następuje szczepienie powtórne. Po całej serji takich szczepień bierze się krew w 1½ do 3 miesięcy po ostatniem szczepieniu i zniej preparuje się surowica przeciwpłonicza, która nie zawiera w sobie żadnych zarazków, ani ich toksyn. (Według osobistych objaśnień prof. O. B u j w i d a). Sposób postępowania zatem przy otrzymywaniu tej surowicy jest inny niż przy surowicach M o s e r'a i in.

3) W dziesięciu przypadkach śmiertelnych, które od samego początku wystąpiły jako beznadziejne surowica ta nie okazała żadnego dodatniego wpływu. W pozostałych 25 ciężkich przypadkach działanie surowicy, widocznie dodatnie, przejawiło się w przyspieszaniu występowania wysypki, w skracaniu okresu jej trwania, w łagodzeniu objawów ciężkich, w usuwaniu objawów dla życia groźnych oraz przyspieszaniu okresu zdrowienia. O ile można sądzić z przebiegu spostrzeganych przypadków, surowica przypuszczalnie zapobiegała również występowaniu powikłań współtowarzyszących i następczych (Lymphadenitis, Otitis, Nephritis etc.).

4) W dwóch ciężkich przypadkach, powikłanych przez rozległą angina diphtheroides, zastosowanie jednoczesne i surowicy przeciwbłoniczej P a l m i r s k i e g o dało wynik dodatni bardzo szybki i doskonały; w jednym analogicznym przypadku skombinowane zastosowanie obu surowic pozostało bez rezultatu.

5) W 34 przypadkach o natężeniu średniem lub lżejszem (przed zastosowaniem surowicy) surowica, zastosowana w dawkach niewielkich lecz dość wcześnie, działała widocznie dodatnio, osłabiając i łagodząc wszystkie te objawy, których zwykliśmy oczekiwać w miarę rozwoju choroby, skracała przebieg choroby, przyspieszając zdrowienie bez powikłań następczych.

6) Ograniczać zastosowanie surowicy przeciwpłoniczej tylko do przypadków ciężkich byłoby według mnie nieracjonalnem, a nawet w praktyce wprost niemożliwem. W razie nawet największego wzmocnienia siły tej surowicy, nie będziemy w stanie wszystkich ciężkich przypadków uratować od śmierci, gdy tymczasem, zwlekając zbyt długo z zastosowaniem jej w początkowych okresach *rzekomo lżejszych* przypadków, w razie późniejszego wystąpienia objawów groźnych, zastosowanie dawek, choćby maksymalnych, nie będzie już w możności powstrzymać dalszej ewolucji tych objawów ani wpłynąć na ich złagodzenie.

Tablica II.

№ porządkowy	Płeć	Lata	Ilość zastrzykniętej surowicy w cm.^{3}	Ilość dawek	Na który dzień choroby zastrzyknięto	Na który dzień choroby nastąpiła śmierć	Uwagi
1.	Dz.	14	30	1	6	8	Tętno 150, arytmiczne, nierówne. Prostracja. Mydriasis z reakcją słabą i późną. Strabismus convergens przejściowy. Stomatitis et angina diphteroido-gangrenosa. Wysypka cjanotyczna, marmurkowata z zabarwieniem ikterycznem.
2.	Dz.	3½	40	2	3 i 4	7	Tętno 164, nitkowate; prostracja, nieprzytomność, ciche bredzenie. Mydriasis bez reakcji; strabismus divergens; kurcze kloniczne, w lewej ręcę i w mięśniach twarzy. Wysypka ciemnoczerwona, cyanotyczna.
3.	Dz.	5½	60	3	3,3 i 4	6	Tętno 148, arytmiczne nierówne; nieprzytomność, chwilami krzyki i wymachiwanie rękami, potem śpiączka; rozległa angina diphtheroides; gruczoły b. silnie powiększone i stwardniałe. Wysypka ciemnoczerwona cjanotyczna, plamkowata.
4.	Chł.	4½	20	1	I	5	Tętno 150 drobne arytmiczne, vertigo, silnie wyrażony upadek sił, potem coma. Myosis bez reakcji. Skóra cjanotyczna z odcieniem żółtaczkowym i marmurkowatemi plamami. Częste wymioty, potem rzadsze, krótkie. Zachorował czwarty w rodzinie.
5.	Chł.	10	30	1	3	5	Tętno 150 łatwo uciskalne; nieprzytomność, somnolentia, strabismus divergens; myosis potem mydriasis bez reakcji; skurcze tężcowe karku i mięśni twarzy. Wysypka szkarłatna potem cjanotyczna z odcieniem żółtaczkowym.
6.	Chł.	1	20	1	5	7	Tętno 200, nitkowate; z początku silna bieguńka; mydriasis bez reakcji, śpiączka bez ożywienia się podczas injekcji. Wysypka ciemno czerwona cjanotyczna z zabarwieniem żółtaczkowem. Stan wogóle beznadziejny. Podskórnie ol. camphorat.
7.	Chł.	½	20	1	2	5	Tętno 200, nitkowate; myosis bez reakcji, ogólne drgawki toniczne przejściowe, poczem wymioty. Wysypka plamiasta, cjanotyczna; podpodczas injekcji bez reakcji; podskórnie ol. comphorat bez skutku.
8.	Dz.	3	20	1	7	8	Tętno 160, nierówne, arytmiczne; myosis bez reakcji; śpiączka, potem coma. Wysypka ciemnoczerwona, plamiasta, cjanotycznie zabarwiona. Reakcja odruchowa podczas injekcji prawie żadna; szybki upadek sił.
9.	Chł.	2	20	1	3	4	Tętno przeszło 200, nitkowate, silne podniecenie i bardzo żywa reakcja odruchowa podczas injekcji, potem przykurczenia, sztywność karku, risus sardonicus; wysypka plamkowata, na kończynach cjanotyczna.
10.	Dz.	3½	20	1	2	2	Tętno 180 arytmicznie, nitkowate; rachitis, fontanelle miękkie, duże. Nieprzytomność, śpiączka, myosis bez reakcji, potem coma, przykurczenie mięśni twarzy. Wysypka plamkowata cjanotyczna. Stan beznadziejny.

Postępowanie takie zresztą stało się już głównem zasadniczem prawidłem przy leczeniu każdą surowicą wogóle.

7) Pozostawiać stosowanie surowicy rzeciwpłoniczej jedynie dla oddziałów szpitalnych, zdaniem mojem, nie miało by racji bytu. Przedewszystkiem, cały ogół lekarzy ma w praktyce swojej możność spostrzegania nieskończenie większej ilości przypadków płonicy, niżby je można

pomieścić we wszystkich istniejących szpitalach. Tem więcej stosuje się to do stosunków naszych, gdzie nie istniała nigdy katedra chorób dziecięcych ani klinika pedyatryczna; gdzie szpitali wogóle i szpitali dziecinnych mamy wiele mniej, niż gdziekolwiekindziej, a już nadmiernie mało względnie do potrzeb społecznych; gdzie nakoniec istniejące szpitale w $^4/_5$ częściach ogólnej ich liczby zaledwie że nędznie wegetują. Ta nieskończenie wielka ilość chorych szkarlatynowych, leczonych poza szpitalami, ma równe prawa do tego, aby użyć *wszelkich możliwych sposobów* i metod leczniczych w celu uratowania ich od śmierci, kalectwa lub długotrwałych cierpień; *tem więcej zatem mamy prawo, a nawet i obowiązek, zastosowania metody leczenia surowicą*, która, przeszedłszy za granicą i u nas wstępny okres doświadczeń laboratoryjnych, klinicznych i prób szpitalnych, *okazała się środkiem, przy odpowiedniem jej przygotowaniu, a umiejętnem zastosowaniu, nieszkodliwym i bezwątpienia działającym dodatnio.*

Ja osobiście zalecałbym jak najszersze stosowanie surowicy przeciwpłoniczej na ogólnym terenie praktyki lekarskiej jeszcze i z następujących powodów. Teren walki z chorobą zakaźną w klinice uczelnej, czy też w szpitalu wogóle, jest jednostajnie równym, możliwie najlepiej i najbardziej celowo przygotowanym, lecz tem samem sztucznym i nadającym istnieniu chorych jednostek piętno przymusowego zastosowania się do jednakowego strychulca wymagań lokalnych, mających zawsze na widoku możliwie największe dobro chorego. Warunki pracy tutaj są możliwie najlepsze i tem samem najdogodniejsze do zastosowania wyników teoretycznych nauki lekarskiej do jej praktyki, a zatem do wyszkolenia się i wydoskonalenia w szematycznem wykonawstwie praktyki lekarskiej. Dla sztuki lekarskiej jednak w najszerszem tego wyrazu znaczeniu teren szpitalny staje się już zbyt teoretycznym, jednostajnym i sztucznym. Wyłączam naturalnie te działy medycyny, w których technika operacyjna i nieodzowne dla niej warunki grają główną i decydująca nieraz rolę. Sztuka ta, jak nas uczą dzieje medycyny, nieraz instynktowo, jak każda zresztą sztuka wogóle, odczuwa to, co może być dla cierpiącej ludzkości pożytecznem, wyprzedzając często naukę, przyswajającą dopiero drogą zmudnej analizy i syntezy a posteriori to, co w praktyce a priori dawno uznanem zostało jako pożyteczne dla cierpiących. Właściwem środowiskiem życiowem dla niej jest teren ogólnej praktyki prywatnej, tak kalejdoskopowo zmienny i tętniący czynnikami, par exellence utrudniającymi każde postępowanie lekarskie; jeżeli więc gdzie, to chyba tutaj właśnie każda metoda leczenia ma do przezwyciężenia o wiele więcej przeszkód, niż na sprzyjającym jej terenie szpitalnym, ztąd częściej dać może rezultaty mniej pomyślne a większą sposobność do oceny okazywanych korzyści.

Wielu najpoważniejszych klinicystów różnych czasów zwracało zawsze uwagę na to, że z prawdziwą rzeczywistością życiową lekarz styka się dopiero na szerokim, pełnym manowców, terenie swej praktyki prywatnej. U nas, o ile wiem, pierwszy Dr. Władysław Biegański niejednokrotnie o tem wspominał, wskazując nawet pewne braki lekarzy młodszych, których działalność prawie że nie przekracza ram szpitalnych [Patrz „Czasopismo lekarskie" T. II. r. 1900. № 7 str. 237.]. Staje się to zupełnie zrozumiałem, jeżeli zważymy, że każdy chory szpitalny jest prawie zupełnie pozbawiony swej indywidualności psychicznej, na którą składają się wszystkie czynniki samodzielnego bytowania jednostki we właściwej jej sferze domowej i rodzinnej; czynniki, które nadają specjalne cechy, wyróżniające każdego zdrowego, a tem więcej chorego człowieka z pośród całej masy podobnych mu jednostek, indywidualizując chorego a nie formę chorobową.

Dla tego też zwykle każda metoda lecznicza po próbach laboratoryjnych, klinicznych i szpitalnych musi przechodzić kolejno okres, najuciążliwszy dla niej, zastosowania w praktyce ogólnej; zastosowanie zaś obu szeregów otrzymanych danych, wzajemnie się uzupełniających, może dopiero w wyniku ostatecznym rozstrzygnąć stopień pożyteczności danej metody.

To też nie znajduję wprost tutaj wyrazów do jak najgorętszej zachęty kolegów do krytycznego stosowania surowicy przeciwpłoniczej, skrzętnego notowania spostrzeżeń i podawania ich do wiadomości ogółu lekarskiego z zachowaniem samokrytycznego objektywizmu jako koniecznego warunku pożyteczności ogłaszanych spostrzeżeń.

Jakiekolwiek braki mogła by zawierać kazuistyka i statystyka, zbierana w podobny sposób, jak moja, jestem zawsze tego zdania, że tylko bardzo wielka ilość przypadków, spostrzeganych wśród najróżnorodniejszych warunków, może dać rezultaty najbliższe rzeczywistości, roz-

strzygające ewentualnie o skuteczności danej metody leczniczej, a jak w tym razie, przyczynić się do umożliwienia rozwiązania kwestji leczenia płonicy surowicą swoistą.

Radziejów 3/X. 07.



Ze szpitala im. małż. Poznańskich w Łodzi.

O durze powrotnym *.

Podał Dr. **Henryk Rosenthal.**

Czytane w Tow. Lek. Łódzk. d. 4/IX 07 r.

Zarazek duru powrotnego odkrył w r. 1873 O b e r m e i e r jako swoisty krętek (spirillum v. spirochaete Obermeieri). Krętki O b e r m e i e r'a są to bakterje o postaci cienkich nici, śrubowato skręconych, znajdują się we krwi prawie każdego chorego na dur powrotny w okresie napadu gorączkowego, w przestankach między napadami zwykle ich niema; prawdopodobnie ulegają one rozpadowi, przyczem wydzielają zarodniki, z których po pewnym czasie powstają nowe krętki. Tem da się wytłomaczyć okresowy przebieg gorączki powrotnej: napady gorączkowe odpowiadają okresowi życia krętków, przestanki zaś bezgorączkowe-okresowi zarodników. Badane we krwi świeżej krętki wykazują ruchy bardzo żwawe; znajdują się one we krwi albo pojedyńczo, albo splecione po dwa i trzy, lub pozlepiane w gwiazdki. Ilość krętków we krwi bywa bardzo różna; największa—w ciągu dni pierwszych pierwszego napadu—zmniejsza się i znika zupełnie przed przełomem; w pierwszej połowie drugiego i trzeciego nawrotu krętki pojawiają się znowu, aczkolwiek nie tak obficie, jak w pierwszym napadzie, i giną zupełnie pod koniec nawrotu. Dotychczas wszelkie próby otrzymania hodowli sztucznej krętków nie udały się; ze zwierząt wrażliwemi na szczepienie krwi chorego na gorączkę powrotną są tylko małpy i białe myszy.

W jaki sposób powstaje zakażenie ustroju ludzkiego, dotychczas na pewno nie jest wiadomem. Wszyscy prawie badacze zgadzają się tylko na to, że ani wpływy klimatyczne, ani stan atmosfery, ani warunki gruntu, pory roku, zajęcie, nie wywierają wpływu na powstawanie duru powrotnego. Choroba szerzyć się może bezpośrednio z osoby na osobę, lub przez rzeczy (brudna bielizna, pościel, ubranie).

Dur powrotny spotykamy najczęściej wśród ubogiej i niechlujnej ludności, w więzieniach, w brudnych domach noclegowych, w ciasnych i źle urządzonych mieszkaniach. Przypuszczać ztąd należy, że w roznoszeniu choroby dużą rolę przypisać trzeba robactwu (pluskwy, pchły). Źródłem zarazy zawsze bywa krew ludzka chorego; M ü n c h pierwszy w r. 1874 otrzymał doświadczalne zakażenie u człowieka; doświadczenie to w r. 1876 powtórzył M o c z u t k o w s k i. W r. 1881 gorączkę powrotną z wynikiem dodatnim szczepił sobie M i e c z n i k o w, w. r. zaś 1892 B a ż e n o w przy badaniu drobnowidzowem skaleczył się zakażonem szkiełkiem i po 7 dniach zachorował na dur powrotny.

Gorączkę powrotną spotykamy najczęściej w Irlandji, Szkocji, Rosji, Egipcie i krajach tureckich, w Indjach wschodnich i w Chinach.

Co do wieku, to najczęściej zapadają na tę chorobę osoby młode od 15 do 25 roku życia. Na 140 przypadków, obserwowanych przez S z w a j c e r a, przypadało 93 na wiek powyższy; podług L e b e r t'a $^1/_3$ przpadków stanowi wiek dziecięcy. W. D ą b r o w s k i, opisując obecnie panującą epidemję duru powrotnego w Warszawie, twierdzi, że choroba ta nie oszczędza żadnego wieku. Co się tyczy płci, to częściej zapadają mężczyzni. W sprawozdaniach S z w a j c e r a było mężczyzn 82%, w sprawozdaniach L o e v e n t h a l'a w Moskwie — 83%. D ą b r o w s k i znacznie większe odsetki wśród mężczyzn tłomaczy tem, że ogniskami epidemji przeważnie są więzienia i areszty.

Dur powrotny cechuje się dwoma, rzadziej trzema lub czterema, a wyjątkowo pięcioma napadami gorączki, z których każdy następny trwa krócej od poprzedzającego; pierwszy napad trwa najczęściej 6-7 dni, rzadziej dłużej (do 11 dni), a bardzo rzadko krócej, ostatni zaś 1-2 dni. Przestanki pomiędzy napadami bywają zupełnie bezgorączkowe i po większej części trwają tak długo, jak poprzedzający napad. Po okresie wylęgania, któ-

* Wobec panującej od 8 miesięcy w Warszawie epidemji tyfusu powrotnego, jak również i pojawienia się niepożądanego gościa i u nas, w Łodzi, sądzę, że będzie na czasie przypomnienie w kilku słowach klinicznego opisu tej choroby.

ry trwa 5-7 dni (w obecnie panującej epidemji w Warszawie — 2 dni) pierwszy napad rozpoczyna się zwykle nagle, często bez zwiastunów, rzadko tylko od 12 do 24 godzin przed początkiem napadu chory czuje się nieco osłabionym i narzeka na ogólne niedomaganie. Napad rozpoczyna się od dreszczów, bólu głowy i krzyża, ciepłota prędko podnosi się do bardzo wysokiego stopnia, na którym z małemi wahaniami utrzymuje się przez cały czas napadu; osłabienie przychodzi nieco wolniej, niż wznoszenie się ciepłoty, tak, że nieraz chorzy, pomimo znacznej gorączki, jeszcze czas jakiś pozostają na nogach. Częstość tętna nie zwiększą się tak szybko, jak gorączka, aczkolwiek dochodzi do 120-160 uderzeń na minutę, co jednak nie ma tu tak złego znaczenia, jak w tyfusie brzusznym. Pod koniec napadu gorączka i częstość tętna czasami dochodzą do najwyższych stopni (42° C.), poczem nagle opadają. Ciepłota w przeciągu kilku godzin opada do prawidłowych granic, nawet i niżej, w przeciągu więc 8-10 godzin różnica ciepłoty stanowi 5 do 6°. Przełom gorączki następuje zwykle przy obfitych potach. Nieraz zdarzyć się jednak może zakończenie pseudokrytyczne, mianowicie gorączka spada w ciągu jednej nocy do granic prawidłowych, lecz tego samego dnia wieczorem znowu się podnosi i dopiero następnego dnia ostatecznie już opada. Razem z ciepłotą zmniejsza się i częstość tętna, które spada do 72, a nawet do 60-u uderzeń na minutę. Po zupełnem ustąpieniu napadu, chorzy bardzo prędko przychodzą do siebie, żądają pożywienia, chcą wstawać. Długość przestanku wynosi 6-8 dni, przeciąga się nieraz, podług D ą b r o w s k i e g o, do 14; wreszcie przychodzi drugi napad, który również jak i pierwszy przychodzi zwykle nagle, a trwa od 2 do 5 dni. Trzeci napad zdarza się rzadziej, aniżeli drugi, przychodzi on po przestanku, wynoszącym od 4 do 6 dni, trwa zaś 2-3 dni. Czwarty i piąty napad należą do wyjątków. W epidemji panującej obecnie w Warszawie, napad drugi jest jednocześnie i ostatnim; już trzeci napad zdarza się bardzo rzadko.

Drugim stałym objawem gorączki powrotnej jest powiększenie śledziony, która dochodzi do znacznych rozmiarów i wyczuwa się zwykle w lewem podżebrzu, przytem śledziona zwykle jest twarda i bardzo bolesna przy wymacywaniu.

Wielu chorych skarży się na stały ból w okolicy śledziony. Powiększenie występuje już w pierwszych dniach napadu i, ciągle się zwiększając, trwa przez cały czas napadu gorączkowego. Po ustąpieniu gorączki śledziona wyraźnie się zmniejsza, z nowym zaś napadem napowrót się zwiększa.

Trzecim stałym objawem duru powrotnego są bóle mięśniowe, zwłaszcza mięśni łydkowych i lędźwiowych, wzmagające się jeszcze za uciskiem. Bólom mięśniowym często towarzyszą i bóle w stawach; do tego dołącza się niekiedy zawrót i ból głowy. Ból głowy występuje w pierwszych dniach napadu gorączkowego, później zmniejsza się, lub zupełnie ustaje. Przytomność umysłu jest zachowana przez cały czas choroby, bredzenie występuje u pijaków i dzieci.

Wysypka należy do rzadkich objawów tyfusu powrotnego; wysypka ta występuje w postaci różyczki tyfusowej, lub drobnych petoci, czasem przypomina zaczerwienienia szkarlatynowe; często występują opryszczki na wargach lub twarzy.

Do bardzo częstych objawów obecnie panującej epidemji w Warszawie należą zaburzenia w przewodzie pokarmowym, szczególnie rozwolnienia, którym niekiedy towarzyszą i wymioty. Często występuje również obrzmienie wątroby i żółtaczka. Jako objawy ze strony dróg oddechowych zasługują na wzmiankę krwotoki nosowe i nieżyt oskrzeli.

Najcięższe przypadki gorączki powrotnej przebiegają pod postacią duru żółtaczkowego (febris recurrens biliosa, biliöser Typhoid). Początek choroby świadczy odrazu o ciężkim zatruciu ustroju toksynami, występuje bowiem zaraz z początku znaczny upadek sił, zjawiają się wymioty, biegunka, bredzenie, słabe tętno; około czwartego dnia choroby pojawia się żółtaczka wraz z powiększeniem się wątroby. W większości przypadków już w czasie pierwszego napadu następuje śmierć od porażenia serca. Krętki O b e r m e i e r'a we krwi takich chorych dowodzą, że t. zw. dur żółtaczkowy jest właściwie durem powrotnym, powikłanym żółtaczką.

Rozpoznanie gorączki powrotnej podczas panowania epidemji tej choroby jest łatwe. Jedynie pierwsze przypadki, mogą być nierozpoznane; nim jednak epidemja zostanie stwierdzoną, naprowadzić lekarza na myśl o gorączce powrotnej powinien przebieg ciepłoty, znaczne powiększenie śledziony i bóle mięśniowe. Zupełną pewność przy rozpoznawaniu

pierwszych przypadków tej sprawy daje nam badanie krwi.

Śmiertelność bywa rozmaitą w różnych epidemiach i waha się od 2 do 8%, wzrasta ona z wiekiem, bywa większą u kobiet, niż u mężczyzn, większą na początku, niż w końcu epidemii.

Co do leczenia, to na pierwszym planie stoi leczenie zapobiegawcze. Obok zachowania zwykłych hygienicznych i sanitarnych przepisów, należy dążyć do zniszczenia ognisk choroby. Biorąc pod uwagę, że w szerzeniu się choroby dużą rolę odgrywa robactwo domowe, trzeba pamiętać o dokładnem oczyszczaniu i odkażaniu łóżek, ubrań, bielizny w mieszkaniu, w którem przebywał chory. Chorych na dur powrotny należy odosabniać i trzymać ich w szpitalu tak długo, dopóki się nie upewnimy, że więcej napadów chory nie będzie miał. Tacy chorzy mogą więc być wypisywani ze szpitala przynajmniej po upływie 2 tygodni od ostatniego napadu gorączkowego.

Przy stosowaniu odpowiedniej profilaktyki w pierwszych przypadkach tej choroby udaje się czasami powstrzymać rozwój całej epidemji. Przykład takiego powstrzymania epidemii przez odosobnienie chorych i odkażenie ogniska chorobowego przytacza S z w a j c e r: była to mała epidemia gorączki powrotnej w Warszawie w 1892 r.; choroba wybuchła w areszcie i ograniczyła się do 4 przypadków.

Właściwe leczenie polega na wypełnieniu wskazań objawowych; żaden ze znanych środków przeciwgorączkowych nie jest w stanie przerwać tyfusu powrotnego. Wobec braku swoistego środka, który dałby nam możność usunąć zarazek duru powrotnego, musimy uciec się do stosowania środków, działających na wydzielanie z ustroju chorego wytwarzanych przez krętki toksyn. Wskazaniu temu, podług B i e g a ń s k i e g o, najlepiej czyni zadość systematyczne stosowanie kąpieli od 24° do 26° R. Trzeba również pamiętać o regulowaniu i podtrzymywania głównych czynności ustroju; obok więc lekkostrawnej djety i spokoju, w razie osłabienia czynności serca stosują środki podniecające: napoje wyskokowe, kofeinę, kamforę i naparstnicę. Przeciw bólowi głowy i mięśni — aspirinę, fenacetynę, morfinę pod skórę, przeciw bólom śledziony — lód na lewe podżebrze; w durze żółtaczkowym z dobrym skutkiem stosują chininę.

Na oddziale tyfusowym w szpitalu im. małż. Poznańskich w ciągu ostatnich 11 lat mieliśmy około 2000 chorych, wśród nich ani jednego przypadku tyfusu powrotnego. Niezmierna więc rzadkość tej choroby u nas w Łodzi skłoniła mnie do podania krótkiej historji choroby obserwowanego przezemnie pierwszego wypadku duru powrotnego.

M. S. lat 53, żona tkacza, wstąpiła do szpitala na oddział tyfusowy 25 lipca r. b.; chóra opowiada, że 21-go b. m. nagle zachorowała, dostała dreszczów i bólów głowy. Tego samego dnia była jeszcze u swojej córki, u której 2 dzieci, podług jej słów chorują „na jakąś gorączkę". Jak się później okazało dzieciaki i matka ich chorowały na dur powrotny; dzieci były leczone w szpitalu Anny-Marji, matka zaś w fabrycznym szpitalu Scheiblerów. Wszystkich więc przypadków, pochodzących ze wspólnego źródła zakażenia, było cztery.

Przy pierwszem badaniu znaleźliśmy u chorej, co następuje:

26/VII — język dość wilgotny, nieco obłożony; chora narzeka na zawroty głowy i bóle w mięśniach dolnych kończyn. Brzuch miękki, nie wzdęty, stolce 2-3 razy dziennie. Wątroba nieco powiększona; śledziona znacznie powiększona, dość twarda, wyczuwa się o 3 palce niżej łuku żebrowego; różyczki niema. Ciepłota — w. 39,0/v. 38,1, tętno — 114, miękkie.

27/VII. Ciepłota w. 40,0/v. 36,0. Chora opowiada, że nad ranem bardzo się pociła i że teraz czuje się zupełnie zdrową, tętno — 66., śledziona się wyczuwa o $1\frac{1}{2}$ palca niżej łuku żebrowego. Od tego czasu rozpoczął się stan bezgorączkowy; pierwszy więc napad trwał — 6 dni. W pierwszych dniach przestanku gorączkowego ciepłota trzymała się niżej normy i wahała się między 36.0° i 36.3°. Po ustąpieniu napadu chora bardzo prędko się poprawiła i codziennie prosiła, aby ją wypisać ze szpitala. Pierwszy przestanek trwał 7 dni; 3-go Sierpnia wieczorem chora zaczęła gorączkować przy objawach często powtarzających się dreszczów, był to początek drugiego napadu gorączkowego, który trwał 3 dni.

4/VIII — ciepłota — w. 38.9/v. 38.6, t — 108, język obłożony; śledziona, która pod koniec przestanku ledwie się wyczuwała, znowu się powiększyła i jest bolesna na dotyk.

5/VIII — ciepłota — 39.8/39.3, t—108; chora narzeka na częste nudności bóle w krzyżu. Na powierzchni całego ciała dość obfita wysypka w postaci zaczer-

wienienia szkarlatynowego, która trwała 5 dni. Tego dnia była badana krew przez kolegów M. Silberstroma i Stef. Kohna na krętki Obermeier'a, za co niniejszym zaszczyt mam im podziękować; badanie krwi dało wynik dodatni.

6/VIII — C. 39.2/39.8, t — 114. 7/VIII — nad ranem chora zaczęła się pocić i ciepłota spadła do 36°; był to koniec 2-go napadu; więcej napadów nie było. Od tego czasu chora prędko zaczęła się poprawiać, objawy podmiotowe ustąpiły po kilku dniach, powikłań nie było. 22/VIII chora się wypisała ze szpitala zupełnie zdrową.

Już po odczytaniu tej pracy na oddział tyfusowy przyjąłem 2 chorych, u których rozpoznaliśmy dur powrotny; badanie drobnowidzowe wykazało krętki Obermeier'a.

LITERATURA.

H. v. Ziemssen. Choroby infekcyjne 1875 r.

S. Jaccoud. Wykład patologii szczegółowej. Tom III. 1884 r.

H. Eichorst. Choroby wewnętrzne. Tom IV. 1894 r.

W. Biegański. Wykłady o chorobach zakaźnych ostrych r. 1900.

W. Jaworski. Nauka o chorobach wewnętrznych. Kraków r 1905.

L. Karwacki. Gorączka powrotna pod względem bakterjologicznym. Gazeta lek. № 20. r. 1907.

W. Dąbrowski. Spostrzeżenia dotyczące epidemii gorączki powstałej w Warszawie. Gazeta lek. № 20. r. 1907.



Obchód 50-ej rocznicy założenia Akademii Medyko-chirurgicznej w Warszawie.*)

W roku bieżącym upłynęło pół wieku od założenia Akademii Medycznej w Warszawie, powołanej do życia w r. 1857-ym. Pamiętną tę rocznicę postanowili odnowić w swej pamięci bardzo nieliczni już dziś jej wychowańcy, jako wydarzenie dla naszej oświaty epokowe. Akademia bowiem, po pozbawieniu nas wszelkich wyższych instytucji naukowych w r. 1831, była pierwszą wyższą uczelnią, na jaką kraj przeszło ćwierć wieku oczekiwał.

Jak przed pół wiekiem, tak też i w dniu 1-ym października zebrali się wychowańcy b. Akademii dla wysłuchania tradycjonalnego nabożeństwa u Pijarów. Ongi przeszło dwustu z różnych okolic kraju przybyłych zgromadziło się u p. p. Wizytek; dziś szczupła garstka wychowańców, z kilkunastu osób, przyprószonych siwizną, złożona, stanęła na wezwanie, nie mogąc zrazu poznać się wzajemnie. Po wspólnem odfotografowaniu się pośpieszono na skromną ucztę do Bristolu.

U biesiadnego stołu znaleźli się: Z prowincji: Bakinowski Aleksander, Brzozowski Stanisław, Czaplicki Aleksander, Płużański Zygmunt, Reszyf August, Rybicki Stanisław, Stano Henryk. Z Warszawy: Cymerman Ludwik, Dobrzycki Henryk, Goldsobel Leon, Kryże Władysław, Kuszell Witold, Markiewicz Stanisław, Michalewski Ludwik, Rosental Jakób, Saski Władysław, Smiechowski Władysław, Sommer Feliks, Stankiewicz Władysław, Stromfeld Aleksander, Sznabl Jan, Sztorc Ludwik, Taczanowski Bronisław, Uściński Edward, Wyżykowski Julian, i Mag. Farm. Hubert Henryk (senior); a nadto zaproszeni: prof. Baranowski, dr. Karwowski Konstanty i sekretarz adm. Tow. Lek. Warsz. p. Julian Jankowski.

Przysłali wiadomości listowne lub telegraficzne o niemożności przybycia: Biernawski Aleksander z Vichy, Brunner Mikołaj z Warszawy, Dutkiewicz Feliks z Lublina, Gadomski Karol z Włoszczowej, Hassewicz Stan. z Karlsbadu, Jodłowski Jan z Żarszyna, Lange Wilhelm z Turka, Laskowski Zygmunt z Genewy, Merkel Juliusz z Kalisza, Możdżyński Lucjan ze Skalbmierza, Portner Szymon z Warszawy, Rackiewicz Henryk z Marjampola, Twarowski Paweł z Białej Radziwiłowskiej, Wikarski Witold z Warszawy, Zański Marceli z Mławy i Żłobikowski Tadeusz z Warszawy.

Nie otrzymano odpowiedzieli (prawdopodobnie z powodu nie dojścia do nich zawiadomień) od następujących wychowańców: Bartkiewicza, Goldsobla młodszego, Grochowskiego, Kasterskiego, Kobosa, Koziejewskiego, Rafalskiego, Sikorskiego, Tarnawskiego i Wiciejewskiego.

Razem tych, którzy albo cały kurs ukończyli w Akademii, albo którzy czas pewien (przynajmniej rok jeden) w Akademii się kształcili, a następnie kończyli kursy w b. Szkole Głównej, dziś żyjących naliczono 52-ch.

Po wzajemnem powitaniu się, pierwszy zabrał głos dr. W. Stankiewicz, główny gospodarz zebrania, i przemówił w te słowa.

Szanowni i Kochani Koledzy!

Pół wieku dziś upływa, jak zbiegliśmy się z różnych stron kraju na odgłos otwar-

*) Medycyna 1907. № 41.

cia uczelni lekarskiej, tak potrzebnej i pożądanej dla społeczeństwa, pozbawionego od lat blisko 30-u wyższego zakładu naukowego. Zbiegliśmy się licznie, pełni ognia i zapału młodzieńczego, aby poświęcić się wzniosłemu zawodowi lekarskiemu, aby oddać się szlachetnej pracy naukowej i przez nią zdobyć stanowisko, dające nam możność służenia pożytecznie ludzkości i ojczyźnie. Ogarniała nas jedna jedyna myśl zdobycia wiedzy i poświęcenia wszystkich sił dla udoskonalenia się w obranym zawodzie, a serdeczne węzły pożycia koleżeńskiego tworzyły tło, opromieniające żywot akademicki aureolę nieopisanego szczęścia. Ten wzniosły nastrój i poszanowanie dla pracy naukowej ożywiały zarówno wszystkich; wyrodziła się, że tak powiem, ogólna emulacja, nie było średniaków, wszyscy byli najpilniejsi. Audjatorja przepełnione były słuchaczami, skwapliwie chłonącymi każde słowo wykładu, sala anatomiczna nie była w stanie nastarczyć materjału dla pracowników, pracownia chemiczna roiła się od młodzieży, wykonywającej analizy i inne zadania naukowe. Toż samo było później w klinikach, gdzie szczelnie otaczano łóżko chorego, aby nie uronić jednego wyrazu z wykładu profesorów.

A jaki humor, jaka wesołość panowała w tem ożywionem zbiorowisku! Czy pamiętacie, jak Tadeusz Żuliński w przepełnionej sali anatomicznej zaśpiewał arję Jontka „Szumią jodły na gór szczycie“ nazajutrz po pierwszem przedstawieniu Halki? Czy przypominacie sobie, jak dla zdobycia przeparatu anatomicznego wpadaliśmy do prospektorjum zimową porą rano, jaknajwcześniej, aby ubiedz drugich, dłużej sypiających.

Praca naukowa i życie koleżeńskie wypełniały całą naszą egzystencję, starczyły nam za wszystko. Nie było niedziel, nie było świąt uroczystych, w którychbyśmy nie pracowali, nawet wakacje zużytkowywano na repetycje wykładów z całego roku. O utrzymywaniu stosunków towarzyskich, o bywaniu w teatrach, o zabawach karnawałowych mowy nie było, bo czasu brakło, jedynie można było czasem spędzić parę godzin w kółku rodzinnem. Ta chciwość wiedzy, ta praca usilna, o ile czerpała zachętę od nauczycieli, o tyle działała pobudzająco i na nich samych, gdyż pomimo, iż wielu z nich nie pracowało w zawodzie profesorskim, jednak ożywiani zapałem ogólnym i atmosferą naukową pracowali usilnie i z widoczną korzyścią dla uczącej się młodzieży. Dość przypomnieć, jaki entuzjastyczny wpływ na wszystkich wywarły prelekcje Girsztowta, jego wykłady przy łóżku chorego lub zajęciu z chirurgii operacyjnej, które sposobem prywatnem prowadził w czasie wakacji. Ilu nas było na kursie, wszyscy pragnęli być chirurgami, i niewątpliwie każdy był w stanie wykonywać nie tylko drobne, ale nawet poważniejsze operacje. Ileż to usług wyświadczyli, ilu ranionym życie uratowali pierwsi lekarze akademii w r. 1863.

Ta ciągłość pracy doznała pierwszego wstrząśnięcia w czerwcu 1859 r. wskutek ogłoszenia zmienionej instrukcji egzaminowej, którą poczytywano za samowolne pogwałcenie przez kuratora pierwotnej ustawy akademii. Przypisując wynikłemu ztąd wzburzeniu młodzieży charakter polityczny, władza postąpiła bardzo surowo, aresztując i wydalając z akademii pewną liczbę studentów, poczytywanych za głównych agitatorów. Losowi temu ulegli: Kurzyna i Jaśniewski; inni zaś skazani zostali na relegację czasową.

Następstwem tych smutnych wydarzeń było, iż większa część studentów nie przystąpiła do egzaminów przejściowych, wielu przeniosło się do uniwersytetów w cesarstwie lub za granicą, a pewna część porzuciła zupełnie karjerę lekarską. Stan ten pogorszył się jeszcze pod wpływem wypadków politycznych 1861 i 62 roku, które, działając na młode, łatwo zapalne umysły, ujemnie wpłynęły na zapał naukowy znacznej liczby studentów. Audytorja, pracownie i kliniki prawie opustoszały, natomiast zapełniły się lokale uboczne, gdzie rozprawiano namiętnie o bieżącym wypadkach i sposobach współdziałania w kierunku najpożyteczniejszym dla sprawy narodowej. W tym czasie dobiegał kresu 5-ty rok akademicki, i rozpoczęły się egzaminy ostateczne, do których, z powodów, wyżej przytoczonych, stanęło zaledwie 30 kandydatów, a więc $1/6$ część pierwotnie zapisanych (184) do akademii. Z tej liczby 10-u złożyło egzamin na stopień doktora medycyny na zasadzie przywilejów akademii, 19-u zaś otrzymało dyplom lekarzy.

Niebawem nastąpił rok 1863. Zawiał mroźny wicher północy i zwarzył bujną, młodocianą latorośl, rokującą najobfitszy plon dla kraju. Wszyscy znaleźli się tam, gdzie ich wzywał obowiązek. Tylko co wykwalifikowani lekarze rozsypali się po kraju, aby nieść pomoc walczącym na placu boju lub ranionym, leżącym po dworach i chatach włościańskich. Inni pośpieszyli spełniać różne obowiązki odpowiednio do okoliczności i potrzeb naglących. Mała cząstka tylko pozostała w Warszawie, a lu-

bo uczęszczała na wykłady, więcej jednak oddana była służbie sprawy narodowej, aniżeli nauce. Wiadomo, iż szczęk oręża nie sprzyja muzom i naukom. Pogrom narodowy odbił się szczególnie na młodzieży akademickiej. Jedni zginęli na placu boju: Kołdrasiński, Maszadro, Stanisławski, Zabielski; Ignacy Troszyński został rozstrzelany; zesłani na Sybir: Ambrożewicz, Borysik, Daniłowski, Jodłowski, Landowski Edward, Landowski Paweł, Majewski Karol, Maleszewski Stanisław, Migurski, Strzemieczny, Ulasowski, Unszlicht, Wagenfisz. Inni znów, ratując wolność i życie, poszli na emigrację: Amborski, Asnyk, Biernawski, Fliegel, Hassewicz, Janczewski, Kamiński, Krajewski Wład., Laskowski, Lisikiewicz, Ramlow, Suliński, Tarnawski, Żuliński Tadeusz. Pozostali w kraju, po przejściu tej strasznej katastrofy, znaleźli się w bardzo zmienionych warunkach. Osiadszy w różnych stronach kraju lub w Warszawie poczuli na sobie cały ciężar następstw niefortunnego porywu. Wrota karjery naukowej zamknięte, wszelkie stanowiska lekarskie w admin stracji cywilnej i wojskowej niedostępne, jedyną dla nas ostoją na szczęście pozostały niższe stanowiska w szpitalach, gdzie możność dalszego kształcenia się praktycznego i naukowego wynagradzała wszelkie poniżające ograniczenia i samowole rządzących. Ograniczeni do wolnej praktyki i pracy w szpitalach, wszyscy zrozumieli, jak ważne zadanie na nich ciąży: zjednać sobie przez gorliwą i sumienną pracę uznanie społeczeństwa, wywalczyć byt niezależny, kształcić się i doskonalić w szpitalach praktycznie i naukowo, pracować w literaturze lekarskiej, a wreszcie zużytkować oddziały szpitalne na szkoły dla młodszej braci—stało się myślą przewodnią i celem, do którego wszyscy z wytrwałością i zapałem dążyli. Dziś z wewnętrznem zadowoleniem i dumą widzimy, iż praca ta i ten kierunek nie poszły na marne, przeciwnie, wydają coraz bujniejszy i pożyteczniejszy plon dla kraju. Ale w tej ciężkiej i długotrwałej walce wielu z nas uległo: z 29-u, którzy skończyli całkowity kurs akademii, żyje dotychczas 7-u, 22-ch umarło.

Cześć ich zacnej pamięci, jak również i tej rzeszy nieżyjących, którzy ukończyli studja w Szkole Głównej! Gorzej się los obszedł z wygnańcami na Syberji i wychodźcami na obczyźnie. Z pierwszych powrócili do kraju tylko Borysik i Migurski, ci już dawno nie żyją, reszta poginęła tam lub zmarła na obczyźnie. Z liczby wychodźców żyją dotąd: Biernawski (Vichy), Tarnawski (Joigny), Laskowski (Genewa) i Hassewicz. Wszyscy oni zachowali uczucie najgłębszej miłości dla ojczyzny, a życiem swem i pracą swą zasłużyli na uznanie i obywatelskie stanowisko wśród obcych. Wszystkim nam znany jest Hassewicz i szlachetne jego dążności, ale chlubą Polski jest Laskowski, który niezmordowaną a twórczą pracą wyniósł się na szczytne wyżyny powagi naukowej, znanej całemu światu.

Zwracając wspomnienia ku tym, którzy byli naszymi przewodnikami na drodze nauki, widzimy ze smutkiem, iż z wyjątkiem prof. K r y s z k i, dotkniętego utratą wzroku i ogólnem osłabieniem, wszyscy inni spoczywają w mogile Pamięć ich gorliwej pracy, serdeczna życzliwość i szczera troska o rozwój naukowy akademii była i jest nam zawsze przytomna, a serdeczne wetschnienie niechaj będzie dowodem pamięci o nich i niewygasłej naszej wdzięczności.

W osobach prof. B a r a n o w s k i e g o, K o s i ń s k i e g o i dra K a r w o w s k i e g o, mamy jedynych żyjących dotąd przedstawicieli ciała naukowego byłej Akademii, gdzie pierwsi jako asystenci klinik (prof. B a r a n o w s k i i dr. K a r w o w s k i), zaś prof. K o s i ń s k i, jako prosektor, uczynną pomocą, uprzejmością koleżeńską i gorliwym przykładem zasłużyli na szczere nasze uznanie i głęboką wdzięczność. Witamy ich (niestety, prof. K o s i ń s k i jest obecnie zagranicą) serdecznem uczuciem w naszem gronie jako najwybitniejszych gości i drogich nam kolegów.

Kochani koledzy! Jak przed pół wiekiem zbiegliśmy się młodzieńcami z całego kraju dla poświęcenia się zawodowi lekarskiemu, tak dziś na wspomnienie tej chwili zgromadziliśmy się pod wpływem wezbranych uczuć koleżeńskich, aby w serdecznym uścisku dłoni we wzajemnym spojrzeniu wypowiedzieć sobie wszystko, cośmy przez pół wieku przeżyli.

Niewielu z nas doczekało tej chwili, skronie nasze pokryła siwizna, ale serca nasze biją, jak niegdyś, gorąco w przeświadczeniu, iż, ile nam sił starczyło, spełniliśmy obowiązki należne względem społeczeństwa i ojczyzny.

Po przemówieniu dra S., którego wysłuchano nie bez głębokiego wzruszenia, zabrał głos prof. B a r a n o w s k i i w ciepłych, serdecznych słowach zaznaczył, iż nie może się uważać za przewodnika lub profesora wychowańców Akademii, gdyż wtedy jako młody lekarz uczył się wraz z nami, korzystając z nami, korzystając z przewodnictwa i światłej wiedzy naszego wspólnego mistrza, nieodżałowanego prof. C h a ł u b i ń s k i e g o. Tak jest — mówił

prof. B., — Jemu to wspólnie zawdzięczamy nie mało z tego, co naszą treść naukową stanowi. Jemu zawdzięczamy ten przyrodniczy i obywatelski pogląd na całokształt działalności lekarskiej, stanowiący dla nas drogą spuścizny po Chałubińskim. Przy tej sposobności prof. B. obdarzył zebranych drugiem wydaniem życiorysu Chałubińskiego swojego pióra, a nadto w innem przemówieniu zachęcał gorąco do popierania muzeum Tatrzańskiego imienia Chałubińskiego, zawierającego już dziś pokaźną liczbę interesujących okazów, mieszczących się niestety w drewnianym bydynku, zatem od pożaru niezabezpieczonych. W tym przedmiocie w najbliższym czasie, co w dniu 3 listopada, ma się odbyć *ad hoc* zebranie u jednego z b. wychowańców Akademii i asystentów prof. Ch., dra Sommera.

W niedługim czasie po zebraniu się uczestników obchodu przybył prezes Tow. Lek. Warsz., dr. W. Kamocki, składając w imieniu Towarzystwa wyrazy uznania zebranym za ich półwiekowe trudy na polu społeczno-lekarskiem, a w oddzielnem jeszcze przemówieniu podniósł wielkie zasługi byłych profesorów Akademii, dla Tow. Lek. Warsz. położone, a którzy ze szczególną gorliwością brali udział w naukowych pracach Towarzystwa i nie mało do jego świetności i rozwoju się przyczynili.

Następnie dr. K. Karwowski odezwał się w te słowa:

Ze wszystkich przemówień, jakie się tu słyszy, przyznać należy, że dzisiejsze nasze zebranie przedstawia niezwykłe w tych czasach zjawisko — zbiór ludzi, którzy obecnie tak czują i myślą, jak czuli i myśleli przed 50-u laty. Ludzi, dla których ideały, przyświecające im i ożywiające ich w młodości, dotąd nie zamarły, pomimo przeżytych lat dziesiątków i przebycia ciężkich doświadczeń i zawodów życiowych — ludzi wierzących, że kiedyś nastąpi jeszcze panowanie prawdy i sprawiedliwości — lekarzy, dla których medycyna nie była nigdy mniej lub więcej korzystnem rzemiosłem, lecz kapłaństwem, poświęceniem i zaparciem się siebie dla niesienia pomocy bliźnim, biednym i wydziedziczonym. Słowem, ludzi, którzy, dobiegając prawie kresu długiej pielgrzymki życiowej, słabi ciałem, lecz, potężni duchem, wytrwale stoją na stanowisku, zawsze spoglądając i dążąc „*ad astra*“.

Koledzy! wznoszę toast na cześć ideałów młodości, które nam dotąd przyświecają i którze, sądzę, ze przyświecać nam nie przestaną „*usque ad finem*“.

Następnie przemawiał dr. W. Kryże. Oto jego słowa:

Kiedy losy pozwoliły nam dożyć dnia dzisiejszego, i okazała się możność zebrania się razem, jak ongi przed pół wiekiem w gmachu b. Towarzystwa Przyjaciół Nauk, następnie Uniwersytetu Warszawskiego i nakoniec Szkoły farmaceutycznej, niewątpliwie wspomnienie tego pierwszego na progu samodzielnego życia spotkania cisnącej się do *Almae Matris Varsaviensis* młodzieży, niezatarte na każdym wywarło wrażenie. Po 30-sto letnim głodzie młodzież spragniona była obcowania koleżeńskiego tej podstawy przyszłej społecznej działalności. Wszyscy chciwi byli nauki wyższej, aby ukształcić umysł i myślenie, żądni kultury wrodzonych ideałów serca i tradycji.

Tu nabyte podstawy uczuć, zamienionych w czyn, wiele istnień złamało, ale w sposób szlachetny, niepokalany.

O! dziś wspomnienie dni Akademii dla wielu, to myśl o walce z biedą i głodem, która zahartowała na te kolce życiowe, jakich przebyte pięćdziesięciolecie nie szczędziło wszystkim.

Z marzeń i porywów młodości wiele się nie spełniło, a z czystem sumieniem, z głową wzniesioną śmiało powiedzieć możemy, że ciężko i wytrwale pracowaliśmy, aby być użytecznymi dzieciom jednej Matki, i nie straciliśmy nic z naszych przekonań. Drodzy koledzy! Kiedyśmy w głosie wymownym kolegi Stankiewicza uczcili tych, których pokryła ziemia, sami dziś czujemy lata i dzień zbliżającej się zimy życia. W szeregach, więcej niż dziesięciokrotnie zmniejszonych, stańmy ściśle ramie przy ramieniu. Dzień dzisiejszy niech będzie dniem święta rodzinnego akademików, a na przyszłą rocznicę postarajmy się zawiadomić kolegę Stankiewicza o doli dalszej przebytego roku; on zawiadomi innych, kto ze starej wiary niesie jeszcze w sercu płomień gorący, co ogrzewa bliskich sercu i druhów po myśli.

Kończę, wyrażając jeszcze słowa najgłębszej czci dla szanownych naszych przewodników-profesorów. Muszę zpośród nich wyróżnić tego wielkiej zasługi filozofa, którego dewizą było „prawdą a pracą“, tego propagatora przyrodniczej metody nauk, tego godnego następcę Śniadeckich, Brandtów, Czekierskich, Malczów, tego drogiego naszym szercom profesora Tytusa Chałubińskiego. Pochylmy nasze siwe głowy na znak hołdu przed Jego współpracownikiem i spadkobiercą idei. Oby takich drogowskazów w zawodzie i narodzie nie zabrakło.

Po powyższem przemówieniu zabrał głos dr. H. Dobrzycki, przedstawiając

zebranym konkretny wniosek. Oto dosłowne jego przemówienie:

Uświęconym stało się zwyczajem, że obchody takie, jak obecny, zwykle upamiętniane bywają jakimś czynem użyteczności ogólnej, jakąś fundacją, jakiemś stypendjum lub wydawnictwem, już wreszcie podjęciem jakiejś pożytecznej myśli i t. d. Sądzę, że i my się nie uchylimy od tego chwalebnego zwyczaju.

Nie chcę tu przemawiać za tą lub ową formą upamiętnienia naszego zebrania, pragnę tylko podnieść myśl, która mi się wydaje być pożyteczną, i dla której pragnąłbym uzyskać Wasze poparcie.

Nie potrzebuję tu przypominać, do jakiego stopnia nauka nasza, t. j. nauka polska w kraju naszym, była uciskana i poniewierana, i to tak nauka wyższa, jak i elementarna. Nic dziwnego, iż z chwilą, gdyśmy mogli, nieco lżej odetchnąć, rzucono się niemal z żywiołową siłą do organizacji różnych instytucji naukowych.

W tym ogólnym ruchu, który był nieuniknionem następstwem wieloletniego ucisku, i stan lekarski nie usunął się od współdziałania. Stworzyliśmy szkołę imienia Chałubińskiego, utrzymywaną naszymi środkami, oraz ufundowaliśmy Stowarzyszenie Lekarzy Polskich, które sobie szerokie zakreśliło cele. Lubo po tej ostatniej instytucji wiele sobie obiecywać można, jednak nie może ona bezpośrednio wpływać na rozwój wiedzy lekarskiej w kraju, gdyż zadanie podobne może tylko spełnić uniwersytet, *respective* fakultet lekarski, dobrze zorganizowany, którego obecnie nie mamy, i na który kraj nasz zapewnie długi czas czekać będzie zmuszony. W tym względzie położenie nasze obecne przypomina nam czasy po zamknięciu uniwersytetu warszawskiego po roku 1831-ym. Jak zgubnie zamknięcie to oddziałało na stan oświaty w kraju, wiemy to wszyscy dobrze. Dziś też stanowi podobnemu, o ile sił starczy, przeciwdziałać należy. Fakultetu lekarskiego własnemi siłami nie stworzymy, a zwłaszcza bytu materjalnego mu nie zapewnimy, a tymczasem potrzeby niezaspokojone istnieją i nadal istnieć będą. Otóż, aby im choć w pewnej części zadość uczynić, byłoby, jak sądzę, bardzo pożądane zorganizowanie wykładów z zakresu nauk lekarskich w ten mniej lub więcej sposób, jak to Towarzystwo kursów naukowych w zakresie nauk ścisłych i humanistycznych uczyniło, a których to kursow działalność coraz owocniej się rozwija. Na początek możnaby się ograniczyć zorganizowaniem t. z. kursów wakacyjnych dla lekarzy prowincjonalnych, które to kursy, jak wiadomo, spełniają rolę instytucji ułatwiających lekarzom tym zaznajamianie się z najnowszemi zdobyczamy wiedzy. Wprawdzie podobne organizacje nie zastąpią fakultetu lekarskiego, nie mniej jednak stanowią pewne naukowe ognisko, przynoszą rzetelną praktyczną korzyść i przygotować mogą personel nauczycielski, który w danym razie może bezwłocznie być spożytkowany.

Co do nas tu zebranych, to miejmy odwagę sobie powiedzieć, że za starzy jesteśmy na to, abyśmy w tej sprawie czynny udział wziąść mogli. Sądzę jednak, że możemy wśród sfer lekarskich ją podnieść i popierać, a w szczególności zachęcić młodszych kolegów, aby ją doprowadzili do skutku.

Zdaje mi się, że daleki będę od przesady i zbytecznego optymizmu, jeśli powiem, że w gronie naszych lekarzy z młodszego pokolenia można znaleźć dostateczną liczbę takich, którzyby zadaniu temu w zupełności odpowiedzieli i opracowali szereg wykładów z zakresu nauk lekarskich, *resp.* zorganizowali kursy wakacyjne dla lekarzy prowincjonalnych. Mamy bowiem wśród nich spory zastęp ludzi zdolnych, gruntownie naukowo przygotowanych, miłujących naukę mających zapał do pracy i siły po temu. Nie chcę tu wchodzić w szegóły, zwrócę uwagę na tę okoliczność, iż z chwilą, gdy instytucje dobroczynne przejdą pod zarząd miasta, szpitale nasze staną się dla nas dostępniejszymi i będą mogły czasowo odegrać rolę klinik i poliklinik. Pracownia naukowa, przy naszem Towarzystwie Lekarskiem istniejąca, doskonale się nadaje do wykładów demonstracyjnych, a które to wykłady już się tam przed laty odbywały. Wreszcie, i prywatne instytucje mogłyby także przyjść z pomocą i niewątpliwie przyjdą, gdy się okaże tego potrzeba.

Sformułowawszy projekt powyższy w najogólniejszych zarysach, uważałbym za rzecz na dobie będącą, aby do świadomości ogółu kolegów doszło, iż zebrani na obchodzie pięćdziesiętej rocznicy otwarcia Akademii medyko-chirurgicznej jej wychowańcy, wyrazili przekonanie, iż wobec braku uczelni lekarskiej w Warszawie pożyteczną byłoby rzeczą zorganizowanie z sił miejscowych systematycznych wykładów z zakresu przynajmniej najważniejszych nauk lekarskich, a na początek corychło zorganizowanie t. zw. kursów wakacyjnych dla lekarzy, na wzór istniejących już podobnych kursów we Lwowie, Krakowie i od bardzo dawna za granicą.

Zebrani jednomyślnie dla projektu powyższego wyrazili swe uznanie zupełne,

uważając projekt ten za wysoce użyteczny i godzien ze wszech miar urzeczywistnienia, a dr. Kryże dodał, że w niedługim czasie będzie w możności przyjść z pomocą powyższemu projektowi przez oddanie do użytku odpowiednio wyposażonej w należyte środki pracowni.

Łzy nam wszystkim stanęły w oczach, gdy ze swego miejsca powstał kochany przez wszystkich, a nieszczęśliwy kolega, niegdyś pożyteczny pracownik na polu piśmienniczo-lekarskiem, od lat trzydziestu przeszło ociemniały, Julian Wyrzykowski. Długa jak wieczność ta trzydziestoletnia noc nie zdołała jednak zgasić światła jego umysłu, nie zdołała podać go rozpaczy, zniechęcić do świata i ludzi i wyziębić jego gorącego serca, które, jak dawniej, za lat młodych, kocha naukę, żyje wspomnieniami koleżeńskich czasów i niezłomnie wierzy w lepszą przyszłość. Z młodzieńczym zapałem Wyrzykowski wygłosił słowa uznania i wdzięczności dla naszych przewodników naukowych nie tylko za to, że pracowali niezmordowanie nad naszem wykształceniem, lecz i za to, że wysoko dzierżyli sztandar lekarskiego powołania i swym przykładem nauczyli, jak należy żyć i działać, aby zasłużyć na miano lekarz — człowieka, lekarza — obywatela. Grom oklasków i serdeczne uściski były nagrodą dla mówcy.

Po dr Wyrzykowskim przemawiali również: p. Henryk Hubert (senior), były prezes Towarzystwa Farmaceutycznego, jako jedyny na zebraniu przedstawicie Wydziału Farmaceutycznego przy Akademii, i dr. Czaplicki z Kielc. Uczestnikiem zebrania był także ceniony i poważany przez świat lekarski p. Juljan Jankowski, od początku istnienia Akademii urzędnik jej kancelarji, a od lat wielu sekretarz administracyjny przy tutejszem Tow. Lekarskiem, żywa tradycja minionych czasów i chodząca encyklopedja wiadomości, dotyczących: urządzeń, praw, przepisów i ustaw b. Akademii, jako i Tow. Lek. Warszawskiego *).

Skromny i cichy był obchód pięćdziesiątej rocznicy założenia Akademii w Warszawie; na długo jednak pozostanie w pamięci jego uczestników, którzy w ciągu pół wieku widzieli wiele wiele przeżyli, wiele przecierpieli, a jeszcze więcej doznali zawodów. Niezłamani atoli wszelakiemi przeciwnościami, pozostali krzepcy duchem i głęboką wiarą, że po dobie ciemnoty i bezprawia zorza prawdy i uznania praw ludzkich musi nastąpić.

H. D.

*) Dla chcących się zapoznać bliżej z dziejami b. Akademii [której nazwa urzędowa była: Cesarsko-Królewska Warszawska Medyko-Chirurgiczna Akademia] oraz wydziału lekarskiego b. Szkoły Głównej polecamy dzieło p. t. Szkoła Główna Warszawska tom II-gi, a tom VIII dzieła, noszącego ogólną nazwę: Fontes et commentationes historiam scholarum superiorun im Polonia illustrantes]str. i 569]. Materjały do tego dzieła zebrał i opracował Bronisław Bartkiewicz—poprzedził przemową i uzupełnił Henryk Dobrzycki. Kraków 1901.

X. Zjazd lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie.

(Ciąg dalszy).

Sprawozdanie ze sekcji prasy lekrskiej*.

Prof. Szpilman, jako gospodarz sekcji, jej obrady otworzył.

Obradom przewodniczył dr. Sterling z Łodzi.

Pierwszy referat „O sprawie wydawnictwa albumu zasłużonych a nieżyjących lekarzy polskich" wygłasza dr. Kwaśnicki z Krakowa

Po dyskusji zatwierdzono wniosek prof. Ciechanowskiego. „Nowiny Lekarskie" kontynuują wydawnictwo albumu zasłużonych lekarzy polskich i złączą się z redakcjami tych pism, które wydawnictwo to subwencjonować będą".

W miejsce prof. Kryńskiego, który miał referować „O ujednostajnieniu mianownictwa w czasopismach lekarskich polskich", oraz dr. Markiewicza, mającego referować „O błędach językowych w naszem piśmiennictwie lekarskiem", obejmuje te dwa referaty prof. Ciechanowski.

„O przeszkodach w rozwoju czasopiśmiennictwa lekarskiego polskiego, sposobie ich usunięcia i reformach potrzebnych" referują dr. Jaworski, profesor Ciechanowski i dr. Skalski. Pierw-

*) Podług Dr. Gantkowskiego Now. Lek. 1907. № 10.

szy zaznacza na wstępie, iż tam, gdzie nie ma środowisk nauki, jak w Poznaniu i Warszawie, zachodzi niemała trudność wydawnictwa pism zawodowych, ztąd różnica produkcji. Dalszą przeszkodą wszędzie jest brak materjalnych zasobów, idący w parze z trudnem położeniem ekonomicznem lekarzy, dalej przeszkody w istocie pism samych przez braki w treści i formie. Poczem podaje referent pogląd krytyczny na większość czasopism lekarskich polskich i przychodzi do takich wniosków: 1) w interesie czasopiśmiennictwa lekarskiego polskiego należy dążyć do niepowiększania liczby czasopism i tegoż skoncentrowania; 2) brak wyższej uczelni lekarskiej we Warszawie jest krzywdą dla społeczeństwa i przeszkodą w rozwoju czasopiśmiennictwa.

Prof. Ciechanowski odróżnia dwa rodzaje piśmiennictwa; a mianowicie: 1) piśmiennictwa archiwalne i 2) tygodniowe. Pierwsze są wyrazem ruchu twórczego, naukowego, wogóle nauki polskiej; wydawnictwo ich jest za kosztownem, dla tego opierają się na ofiarności prywatnej. Zaś pisma tygodniowe mają mieć za cel służbę dla lekarzy praktycznych, a tej niestety w zupełności nie spełniają. I tak referaty skrzywiają nieraz położenie ruchu naukowego za granicą, sprawozdania z towarzystw lekarskich są niekompletne, bo żadne pismo nie daje całokształtu ruchu w tych towarzystwach. Najlepszym dowodem tych twierdzeń jest fakt, że nieomal każdy lekarz polski oprócz naszych pism abonuje jeszcze cudzoziemskie tygodniki. Trzeba więc podnieść jakość i poziom naszych tygodników lekarskich. Nie można uchwalać zwinięcia pism, ale trzeba robić próby zespolenia się. W końcu swego referatu proponuje prof. Ciechanowski następujące wnioski: a) sekcja wyraża życzenie, by instytucje naukowe nasze popierały pisma archiwalne, b) konieczną jest koncentracja pracy, zbliżona do fuzji, c) gorące polecenie Delegacji zjazdów zajmowania się tą sprawą prasy jest niezbędnem.

Ostatni referent w tej materji, dr. Skalski przychodzi do wniosku, iż wypada koniecznie uwzględniać sprawy społeczne i zawodowe, a toby się do podniesienia piśmiennictwa przyczyniło.

W dyskusji zabiera głos nasamprzód dr. Pruszyński. Wielką wadą pism naszych jest to, że nieraz objętość artykułów nie odpowiada obszarom poszczególnych pism. Niemożliwą jest według mówcy zdania rzeczą, by jedno pismo polskie, odpowiadające wszystkim wymogom lekarza mogło bez subwencji istnieć, choćby przy największej liczbie abonentów. Co do koncentracji pism, to tak długo, dopóki we Warszawie nie ma wyższej uczelni, byłaby ona wręcz szkodliwą, bo na razie chodzi o to, by każde pismo coraz więcej współpracowników sobie jednało. Prof. Ciechanowski stara się udowodnić, że decentralizacja konieczną jest w pismach archiwalnych, zaś koncentracja w tygodnikach. Dr. Sterling przyznaje, iż pisma nasze lekarskie kuleją, dla tego teoretyczne krytykowanie tej sprawy nie posunie jej naprzód, wnioski więc reformujące trzeba koniecznie ująć kategorycznie i lepiej się przyczynić do zgaszenia tego lub owego pisma, niż pozwolić obcym pismom u nas się rozpierać. Dr. Jaworski sądzi, iż tego rodzaju wniosek może się w najlepszym razie odnosić do pism, które mają jednego właściciela. Prof. Browicz zaznacza, że na zebraniu obecnem reprezentowane są wszystkie 3 zabory, wniosek więc taki — chociaż nie ma siły fizycznej, ma jednak siłę moralną, jeżeli posiedzenie ogólne zjazdu go przyjmie.

To też sekcja prasy lekarskiej, przychylając się do wywodów dr. J. Jaworskiego i prof. Ciechanowskiego, uchwaliła wniosek: „W interesie czasopiśmiennictwa lekarskiego polskiego i ogółu lekarzy polskich należy obecnie dążyć do liczebnego ograniczenia wydawnictw perjodycznych o typie tygodnikowym, ile możności do stworzenia wspólnych organów o znaczene zwiększonej objętości, wypełniających zadania, stawiane przez współczesne wymogi nauki naszej i potrzeby lekarzy polskich".

Następny referent „o prasie lekarskiej w obec spraw zawodowych", dr. S. Sterling przychodzi do konkluzji, iż prasa lekarska powinna podawać bezstronne i dobre informacje w sprawach zawodowych, nie kryjąc w źle pojętej etyce wad i przewinień stanu lekarskiego.

W sprawie „wydawnictwa podręczników lek. polskich" referuje prof. Browicz. Wniosek referenta, przyjęty przez zebranie, brzmi: Ponieważ są instytucje, które popierają wydawnictwa i podejmują je (jak instytucja Korczyńskiego, Akademja krakowska), zdarza się, że te fundusze rozpraszają się bez zysku dla nauki; dlatego dobrzeby było, żeby te instytucje działały w porozumieniu ze sobą.

„O założeniu Związku przedstawicieli prasy lekarskiej polskiej" mówi nastę-

pnie dr. Kwaśnicki. Podawszy historję powstania tej myśli, przed 7 laty zrodzonej, życzyłby sobie wniosku, by sekcja uznała urządzenie Związku prasy w rzeszy ogólnego Związku Słowiańskiego za rzecz pożyteczną.

Prof. Ciechanowski referuje o „sprawozdaniach piśmiennictwa polskiego do czasopism zagranicznych" i powtarza projekty, powzięte przez komisję na ostatnim Zjeździe lekarskim; obecnie wypada oprzeć się na instytucjach (już istniejących) Lwowskiej i Warszawskiej.

Dr. Mikołajski radzi, by sprawę tę polecić nowo utworzyć się mającemu Związkowi prasy lekarskiej; — wniosek ten zyskał aprobatę zebranych.

Następny referat o „wydawnictwie Archiwum nauk biologicznych i lekarskich polskich" omawia Radzca Dworu, prof. Kadyi.

Ostatni referat o „sprawie pism popularnych" wygłasza prof. Panek.

Sprawozdanie z Sekcji dermatologicznej.*)

Gospodarzem sekcji był profesor dr. Łukasiewicz, sekretarzem dr. Świątkiewicz.

I. Na przewodniczącego pierwszego zebrania powołano kol. dr. Marenicza z Wilna.

Dr. Marenicz udziela głosu prof. dr. Łukasiewiczowi do tematu ogólnego: „Leczenie kiły wobec najnowszych odkryć":

Odkrycie krętka bladego Schaudinna potwierdziło dotychczasowe zapatrywania o leczeniu kiły. Leczenie poronne na razie musimy uważać za możliwe tylko w kilka godzin po zarażeniu. Istnieje atoli możliwość osłabienia jadu przez rychłe zniszczenie jego pierwotnej osady. I tak wspomina Ł. wypadek, gdzie w 39 godzin po spółkowaniu wypalił miejsce zakażenia, które w cztery tygodnie się zagoiło. Po 9 tygodniach ukazała się słaba różyczka, zastosowano 40 wcierek po 4 gr. szaruchy. Od tego czasu referent obserwuje przypadek ten przez 17 lat i żadnych nie widział objawów. Łagodny ten przebieg można przypisać zniszczeniu wielkiej ilości jadu kiłowego, podczas, gdy z resztą organizm łatwiej się uporał. Wspomina przypaddk Reissa, gdzie w pięć godzin po zarażeniu wycięto miejsce zakażenia, a mimo to kiła zwykły miała przebieg. Choć wynik zniszczenia pierwotnego miejsca wątpliwy, Łukasiewicz radzi jednak usuwać je lub też stosować maść Miecznikowa. Polecany przy kile przez Salomona, Lassara, Lessera (28 przypadków) atoxyl, który przy afrykańskiej śpiączce dobrze działał) Łukasiewicz stosował u 8 mężczyzn i 2 kobiet. Dawał codzień 0,2, później 0,5—0,6 co drugi dzień poskórnie lub w mięśnie i doszedł do najwyższej ilości 8,5 atoxylu. Nie widział jednak żadnego wpływu na osutki kiłowe, w niektórych wypadkach nawet lepieże jeszcze przybywały. Wobec tego nie może przyznać środkowi temu wpływu na kiłę, radzi go atoli jako środek wzmacniający używać pospołu z rtęcią. Rtęć więc zostaje na razie naszym głównym i obok jodu jedynym środkiem przy kile. Stosować zaś ją należy tylko w razie ogólnych objawów, to jest należy zachować stanowisko stanowczo wyczekujące, rozpoczynać leczenie dopiero po różyczce. (Neisser żąda w przeciwieństwie do tego wczesnego leczenia). Wykazanie krętków w ustroju długi czas po zakażeniu dowodzi, że leczenie winno być długotrwałe, ale nie szablonowe. Leczyć tak długo, aż się ukazują objawy, które doświadczony lekarz z pewnością rozpozna.

Ł. stoi na stanowisku, że najlepsze i najenergiczniejsze leczenie przedstawiają wcierki, muszą jednak być bardzo dokładnie stosowane. Czasem skóra ich nie znosi. (Spostrzegał 3 śmiertelne przyp.).

Wstrzykiwanie nierozpuszczalnych przetworów rtęci powoduje niejednostajne wchłanianie i niebezpieczne zatrzymanie wielkiej ilości rtęci w ustroju. Próby jednak Leszczyńskiego z Ol. Sesami jako przewodnikiem wypadły korzystnie. Około roku 1890 Łukasiewicz wprowadził sublimat w wysokich dawkach podskórnych (10—20 proc. z solą). Dochodzi do 0,1 sublimatu na dawkę. Po pierwszem wstrzyknięciu okazuje się odczyn w postaci silniejszego wystąpienia wysypki, co nadaje się demonstracji. Krętki się rozpadają, jady wolne zaś powodują podniesienie się ciepłoty

Co do jodu, to rezerwuje go Ł. do zapaleń okostny itp. oraz wogóle do III okresu.

Odczyt wywołał bardzo ożywioną dyskusję, w której zabierali głos: Koledzy: Turzański, Kozerski, Marenicz, Karwowski, Malinowski,

*) Podług dr. Karwowskiego w Now. Lek. 1907. № 10.

Podlewski, Kurella, Leszczyński, Tatarczuch.

2) Dr. Leszczyński ze Lwowa: Nowa zaróbka dla przetworów rtęciowych.

Wychodząc z założenia, że stosowane dotąd zaróbki do wstrzyknięć rtęci salicylowej jako obce ustrojowi sprawiają dolegliwości, zaczął szukać innych zaróbek i wpadł na pomysł stosowania *Ol. Sesami*, które przy jodipinie takie dobre oddaje usługi. Autor wyraża zadowolenie, że niezależnie od niego kol. Karwowski tą samą sprawą się zajmował i z tych samych wyszedł punktów widzenia, stosując do swych wstrzyknięć oliwę. Próby z olejkiem sezamowym były bardzo dodatnie. Także dotychczasową postać *Oleum cinereum* Leszczyński zmienił o tyle, że użył olejek sezamowy i dodał oleju palmowego. Roztwór ten w ciepłocie zwykłej stały, nie jełczeje i przez chorych bardzo dobrze był znoszony.

3) Dr. Baruczyńskiego „Żółtaczka we wczesnym okresie kiły". 5 wypadków tej sprawy, które spostrzegał w szpitalu wojskowym.

4) Dr. Podlewski przedstawia nowy i obmyślony przez siebie profilaktyk przeciw rzeżączce pod nazwą: Preservatin. Jest to poręczna tuba, zawierająca na 16 części masy 0,05 asterolu i 1,0 adrenaliny (rozczynu). Referent wychodził z założenia, że dodatek adrenaliny, anemizując tkankę, utrudnia wessanie gonokoków. Autor zmięszał wydzielinę rzeżączkową z zawartością tuby i wstrzyknął ją na próbę w zdrową cewkę, rzeżączka się jednak nie wytworzyła.

W dyskusji dr. Malinowski oświadcza się wogóle przeciw tego rodzaju profilaktykom, już ze stanowiska etycznego. Dr. Karwowski zaś zaznacza, że jeśli środek ten istotnie działa zapobiegawczo, to według jego zdania tylko dzięki asterolowi. Adrenalina, ściągając naczynia krwionośne, nie może zapobiedz wessaniu, albowiem gonokoki nie przez wessanie w naczynia, ale przez samowolne wciskanie się w przestwory międzykomórkowe dostają się do głębi, wykluczenie zaś odpornej roli krwi wobec zarazków może być tylko ujemne. Wydzielina rzeżączkowa a priori zmięszana z antyseptykiem sama przez się traci jadowitość. Inaczej, jeśli dostała się do cewki a potem dopiero na nią działa środek zabójczy. Dr. Podlewski podtrzymuje swoje zapatrywania.

II. Na przewodniczącego sekcji obrany dr. Adam Karwowski z Poznania.

Udziela głosu dr. Kozerskiemu z Warszawy do odczytu: „Z osobistych spostrzeżeń: a) Roentgenoterapii, b) Radiumterapii, c) Fototerapii.

W prawie dwugodzinnym odczycie, urozmaicony kilkuset znakomitemi fotografiami, rzuconemi na ścianę, Kozerski referuje o wynikach ze swego materjału, jaki uzyskał za pomocą promieni Roentgena, radu i naświetlania. Radioterapia jeszcze nie dobiegła ostatecznego kresu. Udoskonalenie przyrządów, mianowicie też umożliwiających dawkowanie promieni, rozszerzy z jednej, a zacieśni z drugiej strony wskazania leczenia. Autor stosował przyrząd o 40 centym. napięcia iskry z firmy Siemens i Halske, rury Gundlacha. Używał pierwotnie chromoradiometru Holzknechta, przeszedł jednak później do przyrządu Sabouraud Noiré, który po 4800 naświetlaniach uznał za najbardziej odpowiedni. Dla kosztów używa przyrząd Kienböcka. Z chorób, na które promienie Roentgena dobrze działały, wymienia np. trądzik, mianowicie spowodowany jodem lub bromem, bardzo zresztą uparty. Po dwóch tygodniach gojenie, dalej *hydradenitis supurativa* pod pachą, która bardzo szybko ustąpiła, przewlekłą pryszczycę pęcherzykowatą kończyn, trwającą trzy lata, która po kilku oświetlaniach zniknęła, figówki itp. Wogóle zaś wyniki były nadzwyczaj korzystne.

III. Przewodniczącym obrany Dr. Kozerski z Warszawy.

Dr. Bernhardt z Warszawy. odczytuje swój referat „o metodzie skombinowanej z chirurgiczną leczenia tocznia".

Dr. Świątkiewicz mówi „O leczeniu tocznia eugallolem".

IV. Przewodniczącym obrany dr. Waryński z Kijowa.

Demonstracje rzadszych przypadków z kliniki.

Lichen ruber acuminatus na podstawie zagojonego Liszaja płaskiego. (Lichen ruber planus).

Xeroderma pigmentosum, Sarcoma multiplex haemorrhagicum Kaposiego i kilka innych.

Następuje odczyt Dr. Feliksa Malinowskiego z Warszawy: O samoistnym zaniku skóry. Spostrzegał pięć wypadków tej rzadkiej sprawy. W trzech towarzyszyły objawy zapalne. W jednym poprzedzało sprawę zaprzestanie miesiączkowania, w innym poprzedzały cierpienia moralne. Raz było powikłanie z twardzielą. Drobnowidzowo sprawa przedstawiała

się jako naciek komórek miąższowych (plasmatycznych) przy niewielkiej ilości tucznych. Białych krwinek było mało, lymphocytów wcale nie.

Następnie dr. Mahl ze Lwowa demonstruje sposób robienia mulaży, z których kilka udatnych przedstawił prób.

Następnie dr. Turzański z Jarosławia wygłasza odczyt: „Kilka uwag polepszenia stosunków prostytucji".

Autor na podstawie bazrdzo wielkich danych statystycznych przychodzi do wniosku, że należy usunąć tak domy publiczne, jak reglementaryzację.

W dyskusji Malinowski zaznacza, że w Warszawie reglementaryzacja jest przeprowadzona bardzo surowo, mimo to niezmiernie liczne są wypadki zarażenia kiłą. W 6 latach w ambulatorjum, odwiedzanem przez mniej zamożnych, spostrzegał 6000 wypadków kiły. Aby nastało polepszenie w stosunkach zakaeń płciowych należy dążyć do podniesienia ogólnej czystości obyczajów.

Blumenfeld jest zdania, że dwa prądy abolucyonizmu i reglementaryzmu nigdy się nie pogodzą. Sądzi, że w prostytucji gromadzą się zwyrodniałe osobniki.

Karwowski zwraca uwagę na próżne usiłowania kongresów i Towarzystw ku zwalczaniu chorób płciowych, jeśli się nie przedsięweźmie poważnego zamiaru zdrowego wychowania młodzieży w czystości. Dążenie to wreszcie objawiło się na ostatnim kongresie w Mannheimie; zadatrywania zaś swoje pod tym względem mówca wyłuszczył wczoraj w sekcji wychowania fizycznego. Wspomina o niezdrowych stosunkach co do kontroli prostytucji, mianowicie zaś knajp z żeńską usługą w Poznaniu. Badanie chorych i leczenie w lazarecie miejskim nie odpowiada zupełnie postępom naszej wiedzy, a niestety wobec opieszałości władz w tym właśnie kierunku w dzielnicach polskich trudno się spodziewać szybkiej zmiany na lepsze.

Krzyszkowski żąda także kontroli nad tak niebezpieczną tajną prostytucją.

Waryński jest przeciwnym reglementaryzacji.

Andruszewski podnosi szlachętną działalność Towarzystwa młodzieży „Etos", któremu należy okazywać więcej zainteresowania i sympatji.

Po kilku uwagach dr. Skibińskiego prelegent odpowiada na uczynione mu zarzuty. Mianowicie zwraca się przeciw wywodom Malinowskiego i Karwowskiego. W umoralnianiu młodzieży nie widzi żadnego dodatniego sposobu w walce z chorobami płciowemi. Zresztą pozostaje przy swoich twierdzeniach.

Ostatecznie stawia Malinowski wniosek, aby na przyszłym Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich urządzić osobne zbiorowe posiedzenie, poświęcone zwalczaniu chorób płciowych i sprawie prostytucji.

Sprawozdanie z posiedzeń sekcji chorób dziecięcych.*)

I. posiedzenie 23 lipca 1907.

I. Przewodniczącym obrano dr. Sągajłę z Kijowa.

1) Pracę naukową sekcji rozpoczął wykład dr. Palmirskiego z Warszawy o płonicy pod względem bakterjologii i leczenia jej surowicą przeciwpłoniczą.

Dr. P., opierając się na swych badaniach bakterjologicznych jako też innych autorów, staje się na stanowisku swoistości *streptococcus conglomeratus* w tej chorobie i omawia własności biologiczne i biochemiczne tego paciorkowca. P., zanim uodpornił nim konia celem otrzymania surowicy leczniczej, przeprowadził go przez ustrój królika. Porównywając różne metody lecznicze, przychodzi P. do przekonania, iż surowica przeciwpłonicza, chociaż nie spełniła żądań jej stawianych, obniżyła jednak cyfrę śmiertelności a szczególnie powikłań nerek (zaledwie 4.18% na 337 przypadków płonicy).

2) Dr. Brudziński z Łodzi (drugi referent) opiera swe spostrzeżenia na 49 przypadkach leczonych surowicą Palmirskiego w szpitalu dziecięcym Anny-Maryi w Łodzi z dwóch różnych epidemii 1905—6 (I serja) i 1906—7 (II serja). Oberwacje robiono z możliwie największą ścisłością. Dla przejrzystości i łatwiejszej oceny zestawia B. w ugrupowaniu liczbowem spostrzeżenia swoje dotyczące ilości wstrzykiwanej surowicy, dnia zastrzyknięcia, rokowania danego przypadku, częstości powikłań i t. d.

Odsetka śmiertelności wynosiła:

w I serji 38.9%
w II „ 19.3%

podług rokowania:
w I serji przyp. lekkie i srednie 18.2%, ciężkie 60.0%

---

*) Podług Dr. Progulskiego w Now. Lek. 1907. № 10.

w II serji przyp. lekkie i średnie 12.5%, ciężkie 42.8%
podług ilości surowicy:
przy 25 cm³ w I serji 50.0%
„ w II „ 0%
przy 50 cm³ w I serji 45.4%
„ w II „ 20.0%
przy 100 cm³ w I serji 0%
„ w II „ 33.3%
Powikłanie ze strony nerek wynosiło:
w I serji 44.4%
w II „ 35.5%

Temperatura w znacznej części przypadków podnosiła się w 6—12 g. po wstrzyknięciu. Na tętno nie wywierała surowica (z małymi wyjątkami) żadnego wpływu.

Częste występywanie działania ubocznego surowicy (wysypki powiększenie gruczołów).

Brudziński nie przypisuje *strept. conglom.* znaczenia etjologicznego w płonicy. Przy ocenie działania surowicy zachodzą znaczne trudności zależne od najrozmaitszych czynników, jako to: charakteru epidemii (*genius epidem.*), różnej zjadliwości łańcuszkowców i nieznanego nam jadu płoniczego — różnej właściwości surowicy, dnia jej wstrzyknięcia choremu i t. d. Brudziński nie uważa sprawy leczecia surowicą za rozstrzygniętą, zachęca przeto wobec nieszkodliwości jej dla ustroju do dalszych prób, podnosi zarazem znaczne zasługi dr. Palmirskiego tak teoretyczne, jak i praktyczne dla omawianej sprawy.

Dr. Eisenberg z Krakowa rozpatruje ze stanowiska teoretycznego działanie surowicy. Większy jej wpływ na nerki, niż gruczoły tłumaczyłby się tem, iż ona, ułatwiając zniszczenie zarazka drogą fagocytozy, ogranicza wytwarzanie jadu, a z nim sprawy toksycznej w nerkach. Umiejscowienie zarazka w gruczołach, w tej bramie zakażenia, dokonywa się najczęściej przed zastosowaniem surowicy, może jeszcze w okresie wylęgania choroby. Surowica przeciwpaciorkowcowa, jako bakterjobójcza, zwiększa fagocytozę w gruczołach, zmienia więc mechanizm choroby. Późne zropienie gruczołów tłumaczyłoby się, w myśl teorji prelegenta, przystosowaniem się zarazka do sił ochronnych zakażonego ustroju i ostaniem się go w nim pomimo ustąpienia już choroby samej. Mimo, że etjologja płonicy nie jest jeszcze wyjaśniona, surowicę trzeba stosować i to jak najwcześniej, gdyż ona drogą nieswoistego zwiększenia odporności (Pfeiffer-Issajew) oddziaływać może na nieznany zarazek płonicy. Co do sposobu uzyskania surowicy, to, aby nie zatracać charakteru „ludzkiego“ paciorkowców, nie należy ich hodowli ogrzewać, a pytanie, czy zamiast wogóle przeszczepiać na sztuczne podłoża, nie szczepić raczej wprost materjałem ludzkim, albo materjałem bezpośrednio w pierwszem pokoleniu wychodowanym z ustroju, na podłoże ze surowicą ludzką.

Dr. Gertler z Krakowa radzi do szczepień hodowli używać bulionu z surowicą ludzką, z którego osad przepłukany roztczynem NaCl bez ogrzewania szczepi koniom. Paciorkowce z krwi zmarłych płoniczych wyhodować można prawie zawsze, jeśli się krwią szczepi kilka probówek bulionowo-surowiczych, jedynie nie wyrastają one w przypadkach dłużej trwającej choroby podobnie, jak u zwierząt niemi zaszczepionych a padłych z powodu ogólnego wycieńczenia. Jeśli surowica wstrzykiwana w późniejszych dniach choroby nie odnosiła skutku, to winne temu endotoxyny zależne od ilości paciorkowców krążących we krwi.

Dr. Bączkiewicz z Warszawy nie przyznaje paciorkowcom prawa swoistości w płonicy. Dla oceny wyników leczniczych surowicy, którą należy dalej wypróbować, lecz wyłącznie w szpitalach, koniecznem jest zbierać jednocześnie obserwacje wypadków leczonych i nieleczonych surowicą i to w tym samym czasie, na tym samym oddziale i przez tego samego obserwatora. Tą drogą możnaby uchwycić *genius epidemicus*. Z dodatniego wpływu surowicy podnosi B. jedynie polepszenie ogólnego stanu chorych, z ubocznego działania uciążliwej wysypki.

Dr. Zembrzuski z Warszawy wstrzykiwał surowicę z wynikiem pomyślnym w późniejszych okresach choroby w trzech przypadkach rozwiniętego już zakażenia paciorkowcem.

Dr. Poczobut z Łúcka (Wołyń) używał surowicy w dwóch epidemiach, raz ze skutkiem, drugi raz bez. Różnorodność wpływu upatruje w różnicach charakteru każdorazowej zarazy.

Dr. Sągajło z Kijowa wstrzykiwał surowicę w dwóch epidemiach: w pierwszej z pomyślnymi wynikami, w drugiej zupełnie bez skutku tak, iż tak sam prelegent, jak i inni lekarze Kijowscy zaprzestali dalszego jej stosowania, tembardziej, że nie widząc żadnego działania leczniczego, obserwowali natomiast bardzo ciężkie następstwa posurowicze.

Prof. Raczyński ze Lwowa używał surowicy Mosera w trzydziestu kil-

ku przypadkach. Szczególną jest rzeczą, że surowica ta jako przeciwpaciorkowcowa (analogiczna do surowicy Palmirskiego) działa skutecznie na objawy chorobowe wywołane przez nieznany virus płoniczy, dzięki niej bowiem obniża się gorączka, blednie wysypka, ustępuje odurzenie i t. d. Wobec bądź co bądź korzystnych wyników w przypadkach zastrzykiwanych wcześnie, oświadcza się R. za dalszem stosowaniem surowicy, radzi jednak indywidualizować, wstrzykiwać w czas w przypadkach ciężkich niepowikłanych. W posocznicy płoniczej jest ona bezskuteczna.

3. Dr. Gertler czyta o „znaczeniu wartości surowicy przeciwpaciorkowcowej zapomocą smakoszów („opsonin“).

4. Dr. Czarnik ze Lwowa w odczycie pod tyt.: „Przyczynek do leczenia dzieci zołzowych“ zestawia swoje spostrzeżenia co do działania leczniczego wód rymanowskich na podstawie obserwacji prawie 2000 przypadków dzieci zołzowych. Zołzy uważa C. za samoistną postać chorobową, gruźlicę zaś u zołzowych za powikłanie wtórorzędne. C. przytacza wzrost i wagę ciała dzieci przyjmowanych do kolonii w Rymanowie i przybytek ich (0.6 do 2.6 kg.) po 5 tygoeniowem leczeniu, dalej podaje szczegóły dotyczące dyety i porządku domowego w kolonii. Chorych dzieli na dwie grupy 1) zołzowych i 2) gruźliczych. Pierwsi doznają znacznej poprawy w Rymanowie, nieraz zupełnie się leczą, u drugich, szczególniej z gruźlicą płuc, stan się pogarsza.

Dyskusja: Dr. Brudziński sądzi, że odczyt dr. Czarnika, by odpowiedzieć swej treści, powinien nosić nazwę „opisu kolonii leczniczej dla dzieci zołzowych w Rymanowie“, jako bowiem przyczynek do leczenia zołzów nie wnosi ani nowej metody leczniczej, ani też dawnych metod nie oświetla z nowej strony. B. przestrzega zarazem przed przestrzykiwaniem larga manu uszu w wypadkach ropienia, używanem w kolonii.

Dr. Czarnik powoduje się na podobną pracę Kellera tak samo zatytułowaną.

II. Posiedzenie sekcji pedjatrycznej wspólnie z sekcją medycyny publicznej poświęcono obradom nad „śmiertelnością niemowląt“.

III. Posiedzenie. Przewodniczącym obrano dr. Bączkiewicza.

1. Dr. Quest ze Lwowa w odczycie „o skutkach przetłuszczania pokarmu u osesków“ opisuje przebieg kliniczny zaburzenia powstałego u nich na tle przetłuszczenia pokarmu, poczem przechodzi na patogenezę tegoż zaburzenia. Według Czernego, przetłuszczanie pokarmu prowadzi do zatrucia ustroju kwasami. Do zobojętnienia zaś ich zużywa organizm amoniak, którego ilość w moczu takich chorych rośnie. Nierozstrzygniętą sprawę wydzielania fosforu zbadał prelegent, przekonywując się drogą oznaczenia przemiany materji u psa młodego, że tak w okresie tłuszczowym jak i po odstawieniu tłuszczów chłonienie fosforu wzmaga się prawie w dwójnasób; zmiany w wydzielaniu wapna nie są tak wybitne.

2. Dr. Progulski ze Lwowa w odczycie „o wynikach szczepienia dzieci tuberkuliną“ rozpatruje względy teoretyczne i punkt wyjścia prób powyższyah. Podobnie jak u osobnika poraz drugi zaszczepionego krowianką występuje wczesny odczyn miejscowy, najprawdopodobniej jako następstwo zetknięcia się niweczników wytworzonych w ustroju już po pierwszem szczepieniu z ciałem ponownie szczepionem, tak samo u dziecka ze zmianami gruźliczemi ukazuje się po zaszczepieniu na skórze tuberkuliny (1 : 3) w przeciągu 8—36 godzin zaczerwienienie, nieraz i lekko wzniesiony guzek znikający po kilku dniach. Odczyn ten powstawać ma, według Pirqueta, twórcy tej metody, skutkiem zetknięcia się tuberkuliny z ciałem wytworzonem przez jady prątka gruźliczego w ustroju już raz kiedykolwiek zakażonym. Prelegent szczepił w ten sposób 60 dzieci. 26 z gruźlicą chirurgiczną, z tych u 20 z wynikiem dodatnim, u 12 dzieci zołzowych u wszystkich ze skutkiem, dalej u dzieci z zapaleniem opłucnej, błony brzusznej i t. d.; brak odczynu spotykał w gruźlicy końcowej i wreszcie u 11 noworodków 2—10 dni liczących. Próba ta może znaleźć zastosowanie rozpoznawcze tylko u dzieci do dwóch lat życia, — wymaga potwierdzenia sekcyjnego. Zaletami jej: łatwość wykonania i nieszkodliwość dla badanego.

Dr. Progulski przedstawia 5 dzieci z kliniki lwowskiej z dodatnim odczynem skórnego szczepienia tuberkuliny.

Dyskusja: Dr. Brudziński zapoznał się również ze szczegółami tej metody dzięki pobytowi jego asystenta dr. W. Jasińskiego w klinice wiedeńskiej skąd prace na powyższy temat wyszły. W szpitalu Anny-Marji w Łodzi dokonano 56 szczepień u dzieci poza okresem niemowlęcym. Ciekawem było ukazanie się odczynu u dziecka, u którego podczas ope-

racji przepukliny stwierdzono gruźlicę otrzewnej. Dodatnie wyniki szczepień w przydadkach podejrzanej i pewnej gruźlicy zachęcają do dalszych prób. B. podnosi nadto konieczność szczepień kontrolnych.

Dr. Gertler radzi dla doświadczeń porównawczych równocześnie szczepić na skórze i zakraplać tuberkulinę do oka (według Callmette'a).

Prof. Raczyński, opierając się na dawniejszej swej pracy o gruźlicy z kliniki krakowskiej, dotyczącej 12.000 dzieci, przekonał się o znacznem rozpowszechnieniu jej w wieku dziecięcym, widzi obecnie wobec uderzającej częstości dodatnich odczynów skórnych, że zdania jego wypowiedziane dawniej, iż połowa dzieci powyżej roku leczonych w szpitalu św. Ludwika w Krakowie dotknięta jest gruźlicą, jest nietylko usprawiedliwione, ale może za oględne.

3. Dr. Brudziński w odczycie „o obrzęku śluzakowym, mongołowatości i niedoroście kończyn (micromelia)" (drukowanym w „Czasopiśmie Lekarskiem", Zeszyt 6—8, 1907) omawia djagnostykę różniczkową tych cierpień, objaśniając fotografiami obrazo dpowiednich przypadków.

4. Dr. Progulski przedstawia dwoje dzieci z obrzękiem śluzakowym (postać niezupełną), omawiając ich historję choroby i roentgenogramy kości nadgarstka i stępu.

Na wniosek dr. Bączkiewicza uchwala zebranie jednogłośnie wybór dr. Brudzińskiego przewodniczącym dla dalszej części obrad sekcji w uznaniu jego zasług dla rozwoju pedyatrji polskiej.

5. Dr. Raczyński w odczycie „o leczeniu nagminnego zapalenia opon mózgo-rdzeniowych surowicą Jochmana" (drukowanym I. Zeszycie Dziennika Zjazdu — Tygodnik Lwowski nr. 29) przychodzi do przekonania, że, stosując tę surowicę w 9 przypadkach, z których 6 zmarło pomimo kilkakrotnych wstrzykiwań do rdzenia (po 10—20 cm³), niemożna było wpłynąć na obniżenie śmiertelności, ani na korzystny zwrot objawów w tej chorobie.

6. Dr. Gertler czyta „o niektórych doświadczeniach leczniczych w nagminnem zapaleniu opon mózgowo-rdzeniowych".

Dyskusja: Dr. Brudziński podnosi sprawę przenoszenia się zarazy przez osoby zdrowe, przytacza próby Eschericha z pyocyanazą; sam lecząc w szpitalu 10 przypadków z zapaleniem opon nagminnem i stosując różne metody, jak gorące kąpiele, systematyczne nakłucia lędźwiowe, w 3 przypadkach używając surowicy Wassermana Kollego, nie zauważył żadnego wpływu na przebieg choroby, to też podobnie jak Göppert, nie przyznaje żadnemu z dotychczasowych sposobów prawdziwej wartości.

Dr. Palmirski używa do hodowli ziarenkowca—zwykłych pożywek Löfflera.

7. Dr. Quest: „o znaczeniu nadnercza w patologii i terapii krzywicy". W doświadczeniach na psach przekonał się prelegent, iż w czasie podawania adrenaliny zatrzymanie wapna w ustroju zmniejsza się, wydzielanie azotu wzmaga się, po odstawieniu jej zmniejszenie zatrzymania wapna nie ustępuje, wydzielanie azotu wraca do normy. Wyciągu nadnercza nie można przeto zalecać jako środka przeciw krzywicy, jak to czynił Stoeltzner. Miażdżycę u królików wywołaną przez adrenalinę należy, zdaje się, uważać za skutek toksycznego jej działania na cały ustrój.

Dr. Brudziński podnosi znaczenie doświadczeń dr. Questa wobec rozgłośnych prac Stoeltznera, mogących wpływać zachęcająco na podawanie adrenaliny w krzywicy.

Dr. Brudziński, dziękując za wydatną pracę wszystkim prelegentom a uczestnikom sekcji za żywy udział w jej obradach, zamyka posiedzenie.

Wspomnienie po ś. p. Gracjanie Pisarzewskim

wypowiedziane na posiedzeniu Częstochowskiego Towarzystwa lekarskiego w dniu 19 Października 1907 r. przez Władysława Biegańskiego.

Panowie! Smutny obowiązek przypadł mi w udziale: mówić o śmierci i wspominać o minionem życiu tak niedawno a przedwcześnie zmarłego kol. Pisarzewskiego, jednego z członków założycieli i kilkuletniego wiceprezesa naszego Towarzystwa. Przypomnę przedewszystkiem krótkie dzieje jego pracowitego żywota. Kol.

Gracjan Pisarzewski urodził się we Włodawie w 1862 r., do gimnazjum uczęszczał w Siedlcach, a wydział lekarski Uniwersytetu Warszawskiego ukończył w 1885 r. Następnie praktykował przez kilka lat w Rawie i Tomaszowie, a od 13 lat żył i pracował z nami. Jak zaś żył i jak pracował, wszyscy o tem wiemy dobrze, bośmy na jego życie i na jego pracę z blizka patrzyli. Może w tem życiu i były błędy, bo któż u nas jest od błędów wolny? Ale jeżeli były, to nasz zmarły kolega okupił je stokrotnie usilną pracą i wielkiemi skądinąd zaletami swego charakteru.

Pozwolicie, Panowie, że tutaj w kilku słowach ocenię stratę, jaką przez śmierć jego ponieśliśmy. Ś. p. Pisarzewski był przedewszystkiem wzorowym kolegą. Nikt nigdy żadnego zarzutu nie mógł mu uczynić w jego postępowaniu z kolegami. Uczynny i towarzyski, umiał ze wszystkimi kolegami żyć dobrze i liczył między nimi wielu szczerych przyjaciół. Że tak było istotnie, dowodem jest choćby opieka, jaką go otaczali wszyscy bez wyjątku koledzy przez cały czas choroby. Nawet ci, z którymi bliżej nie żył, spieszyli z ofiarowaniem swego czasu na dyżury dzienne i nocne. Ten wzruszający dowód koleżeństwa najlepiej świadczy, jaką szczerą sympatją cieszył się nasz zmarły kolega.

W Pisarzewskim wszakże ubył nam nietylko dobry kolega, ale zarazem światły bardzo lekarz, miłujący szczerze naukę. Wiadomo powszechnie, jak to rozległa praktyka ostudza zwykle aspiracje naukowe. O Pisarzewskim tego powiedzieć nie można; pomimo wielkiej, wyczerpującej praktyki umiał zawsze znaleźć czas na czytanie, na studja. Kiedy przed kilku laty powziął myśl wyspecjalizowania się w ginekologii, w krótkim względnie czasie zdołał poznać wcale dobrze całą bieżącą literaturę ginekologiczną i pisywał nawet odnośne sprawozdania do pism specjalnych. W prędkim również czasie przyswoił sobie technikę operacyjną ginekologiczną i w ostatnich kilku latach dokonał całego szeregu bardzo poważnych operacji z pomyślnym wynikiem. W operacjach był przytem pomysłowym i rzutnym; dość wspomnieć, że on pierwszy w Królestwie dokonał pubiotomii podczas porodu przy zwężonej miednicy. Losy naszego Towarzystwa Lekarskiego interesowały go bardzo; przypomnę tu, że był inicjatorem dawnego kółka towarzysko-naukowego lekarzy Częstochowskich, z którego następnie powstało nasza ulegalizowane Towarzystwo. W posiedzeniach Towarzystwa, jak Panowie dobrze wiecie, przyjmował zawsze żywy udział i jeżeli kiedy zabrakło materjału, jeżeli nikt nie zgłosił odczytu, udawałem się do niego: nigdy wtedy nie zawiódł, umiał zawsze wynaleźć coś ciekawego z własnej praktyki ginekologicznej. Nie przesadzę, jeżeli powiem, że Towarzystwo nasze straciło jednego z najczynniejszych swych członków i że strata ta nie prędko da się wyrównać, zwłaszcza w dzisiejszych burzliwych czasach, kiedy zainteresowanie się sprawami naukowemi wyraźnie się zmniejszyło.

Na polu pracy społecznej był także bardzo czynny i, co najważniejsza, praca jego w tym zakresie była zawsze owocną. Pominę tu jego udział w sprawie szkolnej: w założeniu prywatnego gimnazjum w Częstochowie; przypomnę natomiast ogromną zasługę, jaką położył przez stworzenie przytułku położniczego i szkoły akuszerek. Trzeba sobie tylko uprzytomnić warunki naszego życia z przed laty 10, żeby zrozumieć, ile to starań, ile zabiegów, ile nawet forteli trzeba było użyć, żeby uzyskać pozwolenie i środki na otwarcie miejskiego przytułku położniczego. Starania nieprzerwane trwały kilka lat, nim ostatecznie w 1899 r. udało się otworzyć tak bardzo potrzebny zakład, który był zarazem jednym z najpierwszych na prowincji. Przytułek odrazu postawiony był wysoko, Pisarzewski poświęcał mu wiele czasu i niezmordowanej pracy i przy niewielkich środkach jakimi rozporządzał, umiał stworzyć instytucję, niewątpliwie, wzorową. Jaką korzyść przytułek przyniósł, możemy się przekonać, jeżeli uwzględnimy, że w ciągu 8 niespełnalat odbyło się w nim około 1000 porodów, w znacznej części ciężkich, operacyjnych. Przy przytułku w krótkim czasie powstała szkoła akuszerek 2-go rzędu, niedawno dopiero ulegalizowana. Dziś w każdem półroczu pobiera tam naukę 20 uczenic, które następnie osiedlają się w małych miasteczkach i tym sposobem rugują powoli niekulturalne wiejskie babki. Nie potrzebuję dodawać, że szkoła prowadzona była wzorowo, czego dowodem jest zresztą wielki napływ kandydatek, nawet z dalekich stron.

Taką była praca i przedwczesnie stargane życie ś p. Gracjana Pisarzewskiego. Towarzystwo lekarskie w uznaniu tej pożytecznej i owocnej działalności na posiedzeniu nadzwyczajnem, odbytem nazajutrz po jego śmierci, postanowiło uczcić pamięć o nim przez założenie przy przytułku położniczym instytutu pod nazwą: „Kropla mleka imienia Dra Gracjana Pisarzewskiego“. Projekt przeszedł jednogłoś-

nie, składki płyną dość obficie i mamy nadzieję, że z wiosną roku przyszłego otworzymy instytucję, która stanowić powinna trwałą pamiątkę po naszym bardzo lubianym i szczerze żałowanym koledze.



KRONIKA.

(№ 82). **Kursa dla lekarzy na Wydziale lekarskim w Krakowie.** (2. do 21 grudnia 1907). Wyjaśnień udziela i zgłoszenia przyjmuje prof. Ciechanowski (Wielopole 4).

Wpisy przyjmuje kwestura Uniwersytetu (Collegium novum, ul. Jagielońska) od 26 listopada do 2 grudnia 1907.

Liczba uczestników (najmniejsza, konieczna do rozpoczęcia kursu i najwyższa) w niektórych działach ograniczona.

Kursa odbywać się będą tylko w dni powszednie, t. j. prócz niedziel.

Zebranie informacyjne wszystkich uczestników wspólnie z komitetem kursów dla ustalenia dni i godzin tych kursów, które z góry nie są oznaczone i t. d. odbędzie się w niedzielę 1 grudnia o godzinie 8 wieczór w Domu lekarskim (Radziwiłowska 4).

Prócz już ogłoszonych kursów będzie można zorganizować wtedy kursa na inne jeszcze tematy, jeżeli zgłosi się dostateczna liczba uczestników

Dotąd zgłoszono kursa następujące:

Bakterjologia. Prof. Nowak wspólnie z asystentem Dr. Szymanowskim: Praktyczny kurs bakterjologii. W zakładzie mikrobiologii, (św. Jana 20). 12 godzin tygodniowo, codziennie od 4—6 popołudniu. Czesne 50 K. Najmniej 5, najwyżej 10 uczestników,

Doc. Droba: Bakterjologia cholery i duru brzusznego (ćwiczenia praktyczne). W zakładzie anatomii patol. (Collegium medicum, Grzegórzecka). 6 godzin tygodniowo, w poniedziałki, środy i piątki od 6—8 popołudniu. Czesne 30 koron. Najmniej 5, najwyżej 10 uczestników.

Prof. Bujwid: 1) Najprostsze sposoby rozpoznawania bakterji chorobotwórczych. W zakładzie higieny (Strzelecka 9). 12 godzin tygodniowo, codziennie od 3-5 popołudniu. 2) Szczepienia lecznicze i ochronne, demonstracje przygotowania surowic i szczepionek. Tamże, 10 wykładów od 4—5 popołudniu, w dniach, później oznaczyć się mających. 3) Higieniczne badanie wody. Tamże, 5 wykładów, w dniach i godzinach później oznaczyć się mających. Czesne podane będą później. Najmniej 5, najwyżej 15 uczestników.

Neurologia i psychiatrja. Prof. Domański: Ćwiczenia w rozpoznawaniu chorób układu nerwowego i omówienia ich leczenia. W szpitalu św. Łazarza. 3 godziny tygodniowo od 8—9 rano w dniach, które później oznaczone będą. Czesne 20 koron. Liczba uczestników nieograniczona.

Prof. Piltz: Sposoby badania chorób nerwowych i umysłowych. W ambulatorjum neurologicznem (Klinika okulistyczna, Kopernika 40), 3 godziny tygodniowo, we wtorki, czwartki i soboty od 4—5 popołudniu. Czesne 20 koron, Liczba uczestników nieograniczona.

Pedjatrja. Prof. Lewkowicz: Ćwiczenia w badaniu i leczeniu chorób dzieci. W klinice chorób dzieci (szpital św. Ludwika, ulica Strzelecka). 10 godzin tygodniowo, codziennie prócz sobót od 10—12 rano. Czesne 20 koron. Liczba uczestników nieograniczona.

Chirurgia. Prof. Bossowski. Chirurgia dla lekarzy praktycznych. W szpitalu Bonifratrów (na Kazimierzu). 12 godzin tygodniowo, codziennie od godziny 9—11 rano. Czesne 20 koron. Najmniejsza liczba uczestników 5.

Doc. Chlumsky: 1) Praktyczny kurs miesienia. W zakładzie ortopedycznym (Rynek kleparski 12). Czesne 40 koron. Najmniej 4 uczestników. 2) Praktyczny kurs ortopedji. Tamże „Publicum“ bez osobnego czesnego. Liczba uczestników nieograniczona. Oba kursa razem 4 godz. tygodniowo, od 5—6 wieczór w poniedziałki, wtorki, środy i czwartki

Prof. Kader wraz z asystentem Dr. Radlińskim: Ćwiczenia teoretyczne i praktyczne z chirurgii szczegółowej. W klinice chirurgicznej (Kopernika 10). 14 godzin tygodniowo, codz. nie wyjmując niedziel. Od 2. do 8. XII. od godz. 9—11 rano, od 9—21. XII. od 11—1 w południe. Czesne 60 koron, Najmniej 4, najwyżej 8 słuchaczy.

Kursa Doc. Rutkowskiego będą ogłoszone później.

Anatomia topograficzna, Prof. Bochenek: Topografia narządów miednicy, z demonstracjami. W zakładzie anatomii opisowej (Kopernika 12). 3 godziny tygodniowo, w poniedziałki, wtorki środy od 6—7 wieczór. Czesne 15 koron. Najmniej 10 uczestników.

Okulistyka. R. dw. Prof. Wicherkiewicz wspólnie z asystentem dr. Witalińskim: Ćwiczenia w rozpoznawaniu i leczeniu chorób oczu. 6 godzin tygodniowo, od 6—11 w poniedziałki, środy, piątki. Czesne 30 koron. Najmniej 5 uczestników.

Kurs wziernikowania urządzony będzie w razie zgłoszenia się uczestników w liczbie dostatecznej, w godz. popołudniowych.

Dentystyka. Prof. Łepkowski: Ćwiczenia w ekstrakcjach i plombowaniu zębów materjałami plastycznymi. W c. k. ambulatorjum dentystycznem (Rynek gł. 22, II p.). 12 godzin tygod., codz. od 8—10 rano. Czesne 80 koron. Najmniej 5, najwyżej 10 uczestników.

Laryngologia i otjatrja. Prof. Pieniążek i doc. Nowotny: Praktyczny kurs laryngologii. W klinice laryngologicznej (szpital św. Łazarza). 5 godzin tygodniowo, codziennie prócz sobót w porze porannej (j. w.). Czesne 10 koron. Najwyżej 10 uczestników.

Doc. Nowotny: Praktyczny kurs otjatrji, (tamże), 5 godzin tygodniowo, codziennie

prócz sobót w porze porannej (j. w.). Czesne 10 koron. Liczba uczestników nieograniczona.

Doc. Baurowicz: Ćwiczenia w badaniu górnych dróg oddechowych prawidłowych i narządu słuchowego prawidłowego W klinice chorób skórnych (szpital św. Łazarza). 4 godziny tygodniowo. w poniedziałki i piątki od 5 do 7 wieczór. Czesne oznaczone będzie później.

Chemia lekarska. Prof. Marchlewski wspólnie z asystentami Dr. Koźniewskim i Dr. Mostowskim: Ćwiczenia praktyczne w chemii lekarskiej, W zakładzie chemii lek. (Kopernika 15). 6 godzin tygodniowo, w poniedziałki i środy od 3—6 popołudniu. Czesne 30 koron, Najmniej 5 uczestników. Początek kursu 4. XII.

Anatomia patologiczna, histologią praktyczna. Prof. Ciechanowski: Djagnostyka anatomiczno-patologiczna z ćwiczeniami w sekcjach. W zakładzie anatomii patologi (Collegium medicum, Grzegórzecka 22). 6 godzin tygodniowo, codziennie od 2—3 popołudniu. Czesne 20 koron. Najmniej 5 uczestników.

Prof. Maziarski: Technika histologiczna (ćwiczenia praktyczne). W zakładzie fizjologicznym (Kollegium medicum). 5 godzin tygodniowo, w środy i soboty od 2-4½ popołudniu. Czesne 20 koron. Najmniej 5, najwyżej 10 uczestników. Początek kursu 4. XII.

Doc Gliński: Djagnostyka mikroskopowa guzów z uwzględnieniem główniejszych metod badania. W zakładzie anatomii patol. (Collegium medicum), 8 godzin tygodniowo, w poniedziałki. wtorki, czwartki i piątki od 2—4 popołudniu. Czesne 30 koron, Najmniej 5, najwyżej 10 uczestników.

Medycyna wewnętrzna. Prof. Jaworski i Doc. Mięsowicz: Demonstracje ważniejszych przypadków klinicznych. W klinice lekarskiej (ulica Kopernika). Jedna godzina tygodniowo (w porze porannej, później oznaczyć się mającej). Czesne 10 korou.

Prof Jaworski: O znaczeniu uodpornienia i leczenia surowicami w zastosowaniu klinicznem. Miejsce: Klinika lekarska. Wogóle 2 godziny (w porze później oznaczyć się mającej). — „Publicum" dla wszystkich uczestników kursu (bez osobnego czesnego).

Doc Latkowski: Djagnostyka chorób wewnętrznych (ćwiczenia praktyczne) na materjale przychodnim. W klinice lekarskiej (ul. Kopernika). 3 godziny tygodniowo w porze porannej Czesne 20 kor. Liczba uczestników nieograniczona.

Dermatologia i syfilidologia. Prof. Reiss; Ćwiczenia w rozpoznawaniu chorób skórnych. W klinice dermatologicznej (szpital św. Łazarza). 5 godzin tygodniowo. we wtorki od 8—10, w czwartki i piątki od 8½ do 10 rano. Czesne 20 koron. Najmniej 10 uczestników. Początek kursu 10, XII.

Prof. Krzyształowicz: Ćwiczenia w rozpoznawaniu i leczeniu chorób wenerycznych. (Tamże). 3 godziny tygodniowo, we środy, od 8—10, w soboty od 9—10 rano Czesne 12 koron. Najmniej 5 uczestników, Początek kursu 11. XII.

Położnictwo i ginekologia. Prof Rosner wspólnie z asystentami: Dr. Cetnarowskim, Jaworskim i Morawskim: Ćwiczenia praktyczne w rozpoznawaniu i leczeniu chorób kobiecych. W klinice położniczej (ul. Kopernika 15), 6 godzin tygodniowo, codziennie od godz 9—10 rano. Czesne 20 koron. Liczba uczestników nie ograniczona.

Doc. Dobrowolski: Ćwiczenia praktyczne w rozpoznawaniu chorób ciąży i porodu i uwagi o fizjologii i patologii ciąży i porodu. W klinice położniczej (ul. Kopernika 15) i na oddziale położniczym w szpitalu św. Łazarza, 6 godzin tygodniowo, codziennie od godz. 10—11 rano. Czesne 20 koron. Liczba uczestników nie ograniczona.

Kurs Doc. Brauna ogłoszony będzie później.

Medycyna sądowa. Doc. Horoszkiewicz: Ćwiczenia praktyczne w orzeczeniach sądowo-lekarskich. W zakładzie medycyny sądowej (Collegium medicum, Grzegórzecka) 5 godzin tygodniowo, codziennie prócz sobót od 4—5 popołudniu. Czesne 20 koron. Najmniej 5 uczestników.

Przegląd godzin.

8—9.	Neurologia (Prof. Domański) 3 godz. tyg.
8—10.	Dermatologja i syfilidologia (Prof. Reiss i Krzyształowicz) codziennie prócz poniedziałków.
	Dentystyka (Prof. Łepkowski) codz.
9—10.	Ginekologia (Prof. Rosner) codz.
9—11.	Chirurgia (Prof. Bossowski) codz.—Prof. Kader od 2—8. XII
10—11,	Położnictwo (Doc. Dobrowolski) codz.
0—12.	Pedjatrja [Prof. Lewkowicz] codz. prócz sobót.
11—1.	Okulistyka [Prof. Wicherkiewicz i Dr. Witaliński] poniedz., środy, piątki. — Chirurgia [Prof. Kader i Dr. Radliński od 9 XII, codziennie.
Pora poranna na razie nie oznaczona.	Medycyna wewn. [Prof. Jaworski i Doc. Mięsowicz] 1 g tyg. [Doc. Latkowski] 3 g. tyg. Laryngologia i otjatrja [Prof. Pieniążek i Doc. Nowotny], codz. prócz sobót.
2—3,	Djagnostyka anatom, patol. [Prof. Ciechanowski] codziennie.
2—4½.	Technika histol. [Prof. Maziarski] środy i soboty. Djagnostyka histopatologiczna [Doc. Gliński] i inne dni.
3—5.	Djagnostyka bakterjol. [Prof. Bujwid] codziennie
3—6.	Chemia lek. [Prof. Marchlewski] poniedziałki i środy.
4-5.	Neurologia [Prof. Piltz] wtorki, czwartki i soboty.
	Medycyna sądowa [Doc. Horoszkiewicz. codz. prócz sobót.
	Szczepienie ochronne [Prof. Bujwid] 10 wykładów.
4—6.	Kurs praktyczny bakterjolologii [Prof. Nowak] codziennie.
5—6.	Miesienie i ortopedja [Doc. Chlumsky] codz. prócz piątków i sobót.
5—7,	Badania laryngol. [Doc. Baurowicz] poniedziałki i piątki.
6—7.	Anatomia topogr. mienicy [Prof. Bochenek] poniedz., wtorki, środy.
6—8.	Kurs choleryczny [Doc. Droba] poniedziałki, środy, piątki.
Pora popołudn. na razie nie oznaczona.	Wziernikowanie oka. Badanie higien. wody [Prof. Bujwid] [5 wykł.].

(№ 83). W Łodzi panuje bardzo silnie ospa naturalna.

(№ 84). W zakładzie dla obłąkanych w Kochanówce pod Łodzią powstaje oddzielny pawilon im. K. Jonszera. Ten pawilon będzie prawdopodobnie otwarty na wiosnę roku przyszłego. Koszt budowy wyniesie 20 tysięcy rubli.

[№ 85]. Na mocy Najwyższego Rozkazu z dniem 11. 24 sierpnia r. b. w Warszawie Rada Miejska Dobrocz. Publ. zostaje zniesiona, a szpitale przechodzą pod zarząd Magistratu m. Warszawy. Mianowicie pod zarząd Magistratu przechodzą: 1] szpital Dziec. Jez. (szpital, dom Wychowawczy, instytut położniczy, przytułek dla rekonwalescentów i instytut szczepienia ospy]; 2] szpital św. Rocha; 3] św. Łazarza; 4) św. Jana Boż.; 5] św. Ducha; 6] św. Stanisława; 7] Praski; 8] Wolski; 9] Warsztaty im. Staszica; 10] Żydowski; 11] Ewangielicki; 12) Oftalmiczny; 13] instytut zaniedbanych dzieci w Mokotowie; 14) instytut św. Kazimierza; 15] dom starców św. Ducha i św. Marji; 16] przytułek dla starców; 17] Żydowski dom starców i sierot; 18] przytułek w Górze Kalwarji; 19) 6 przytułków położniczych. Według tegoż Najwyższego Rozkazu szpit. w Tworkach przechodzi podZarząd Rady Gubern. War.sz Dobr. Publ, wreszcie wszelkie instytucje dobroczynne przechodzą pod zarząd administracji ogólnej.

W celu oddania majątku wszystkich zakładów Magistratowi a także w celu opracowania zasad przyszłego zarządu nad szpitalami przy Magistracie Gen. Gubern. utworzył komisję pod przewodnictwem urzęd. do szczeg. poruczeń przc Gen. Gub. Małyszewa. W skład komisji wchodzą: inspektor szpitali Troickij, naczeln. zakładów dobrocz. Anczyc, członkowie Rady miejsk. Dobrocz. Publicz. Mołdenhawer i Stępiński, radca magistratu Zienkowski, inspektor lek. gub. warsz Zienowinka, inspektor m. Warszawy dr. Puszkin, sekretarz rady miejskiej Lechowicz (senior), przedstawiciele instytucji: prokuratorji Lechowicz (junior), uniwersytetu prof. Kudrewieckij, dóbr państwa Iskra, izby skarbowej Siemienienko, izby kontrolnej Jagielski, oberpolicmajstra Akajomow, tow. lek. Męczkowski i Sawicki, tow. higien. Dunin i Strzębosz, tow Kred. Miejsk. Czajewicz, obywatele: Janiszewski Woyzbum, F. Kucharzewski, budowniczy miejski Gaj, urzędnicy magistratu Szeliga i Rychter.

Komisja na posiedzeniu 24. IX 07 r. wyłoniła dla opracowania programu działalności podkomisję przy udziale prezesa komisji i członków: Troickiego, Anuczyna, Zienkowskiego, Stępińskiego, Lechowiczów (ojca i syna) i Męczkowskiego.

Podkomisja skreśliła plan następujący: dla wykonania całego programu komisja ma utworzyć 4 podkomisje — a mianowicie 1) gospodarczą, mającą na celu dokładny opis wszystkich zakładów i ich ruchomego majątku (inwentarz); 2) finansową — w celu zbadania funduszów, kapitałów wszystkich zakładów; 3 — majątkową — w celu opisu majątków nieruchomych (folwarki, lasy i t. p.), wreszcie 4) organizacyjną — dla opracowania zasad ustroju ciała kolegialnego przy Magistracie, który ma przyjąć obowiązki Rady Miejsk. Komisja zatwierdziła już program, opracowany przez podkomisję, tak że wkrótce już rozpoczną się czynności nakreślonych podkomisji.

Wielkiem ułatwieniem dla działalności komisji byłoby porównanie obecnego stanu majątku szpitalnego z aktem odbiorczym, jaki musiał być dokonany przy przejściu szpitali w 1870 r. od Rad opiekuńczych do Rady Miejsk Dobr. Publ Jak słyszeliśmy jednak, Rada Miejska zaznacza że takiego aktu nie posiada, zresztą większość komisji wypowiedziała się przeciwko temu, ponieważ takie porównanie mogłoby dać powód do krytyki Rady Miejsk. Dobr. Publ., co stosownie do danych przez Gen. Gub. zleceń nie wchodzi w zakres programu podkomisji.

(*Medycyna № 41*).

(№ 86). Komisja słownikowa Towarzystwa lekarskiego krakowskiego, gromadząc materjał do uzupełniającego zeszytu „Słownika lekarskiego", uprasza o nadsyłanie uwag, spostrzeżeń i propozycji terminologicznych pod adresem: „Towarzystwo lekarskie. (Kraków, Radziwiłowska 4) dla komisji słownikowej". Redakcje pism polskich raczą powtórzyć tę prośbę komisji, skierowaną do wszystkich, których obchodzi polskie słownictwo lekarskie.

(№ 87). W szpitalu św. Ducha zaszedł w tych dniach ciekawy incydent. Jeden z posługaczów szpitalnych brał od chorych w ambulatorjum datki. Otóż usunięto go, a na jego miejsce przyjęto innego Ogół jednak posługaczów oparł się temu, zagroził strejkiem, a przyjętego posługacza wyrzucił w worku na ulicę W sprawę tę wdali się lekarze szpitala św. Ducha: B o r z y m o w s k i, P u r y t z i D r a b c z y k. Policja, uwiadomiona o tem zajściu, uwięziła wszystkich trzech lekarzy i 4 posługaczy. Dr. B o r z y m o w s k i e g o wypuszczono w kilka godzin, dr. P u r y t z a uwolniono po kilku dniach, a potem uwolniono i dr. D r a b c z y k a.

(№ 88). Uwięziono: Dr F a b j a n a Z a p a ł k i e w i c z a, Dr. P a w ł a J a n k o w s k i e g o, Dr. S a c h s a i Dr. B y c h o w s k i e g o.

(№ 89), Polskie Towarzystwo Lekarskie w Kijowie. Dnia 31-go z. m w lecznicy chirurgicznej przy bulwarze Bibikowskim odbyło się zebranie organizacyjne świeżo zatwierdzonego Polskiego Towarzystwa Lekarskiego w Kijowie. Instytucja ta powstała z inicjatywy lekarzy: M. K o z ł o w s k i e g o, M Ł ą ż y ń s k i e g o i J. S o c h a c k i e g o. Celem Towarzystwa jest opracowywanie zagadnień teoretycznych i praktycznych z dziedziny wiedzy lekarskiej; wygłaszanie na posiedzeniach odczytów z demonstrowaniem odpowiednich okazów, a także wspólne omawianie bieżących spraw lekarskich. Do zakresu działalność Towarzystwa wchodzi również rozpowszechnienie wśród miejscowej ludności polskiej podstawowych zasad zdrowotności i pojęć o medycynie praktycznej.

(№ 90). Na Redaktora „Zdrowia" Rada Towarzystwa Hygienicznego wybrała kol. J ó z e f a P i o t r o w s k i e g o na kadencję trzyletnią, poczynając od 1-go stycznia roku 1908

(№ 91). Wśród 14 posłów z Królestwa Polskiego do Dumy, znajduje się trzech lekarzy, a mianowicie: kol. J a n H a r u s z e w i c z z ziemi łomżyńskiej, kol. J ó z e f Ś w i e r z y ń

ski z ziemi radomskiej i kol. Antoni Rząd z Łodzi.

(№ 92). Zeszyt IV „Rocznika Lekarskiego“, wydawanego przez redakcję „Przeglądu Lekarskiego“, wyjdzie w m. grudniu r. b.

(№ 93) Dr. A. Sokołowski za III-ci tom swego wyczerpującego dzieła O chorobach narządów oddychowych otrzymał nagrodę imienia Helbicha Dzieło to już raz zostało uwieńczone wielką nagrodą przez Akademię umiejętności w Krakowie.

(№ 94) Dr. T. Heryng otrzymał pierwszą nagrodę imienia Helbicha za dzieło p. t. Metody badania i leczenia chorób krtani. Dzieło to wyszło i po niemiecku w r. 1905. Dr. H. już po raz drugi za swe prace otrzymuje nagrodę imienia Helbicha. Za pracę bowiem doświadczalną: O stosunku gruźlicy i suchot płucnych do zapalenia już raz otrzymal podobną nagrodę w r. 1873-m.

(№ 95). Dr. Teodor Heryng wybrany został Członkiem korespondentem Królewskiego Tow. Lek. w Londynie (Royal Society of Medicine)

(№ 96) Dr. Jan Sędziak z Warszawy został zaproszony na Redaktora działu polskiego (Editor for Poland) w amerykańskiem czasopiśmie specjalnem „Annals of otology, rhinology ond laryngology“

(№ 97). „Głos lekarzy“ ogłasza w № 21 obszerną odezwę w języku polskim i esperanckim „do lekarzy esperantystów we wszystkich krajach“ z zawiadomieniem o zamiarze założenia „międzynarodowego światowego stowarzyszenia lekarzy esperantystów“ dla propagowania idei „związku lekarzy wszystkich krajów“, których łącznikiem międzynarodowym byłby język esperancki. Inicjatorowie tego stowarzyszenia Dr. B, Skałkowski, Dr. S. Mikołajski i Dr. I. Fels oświadczają w razie odpowiedniej ilości zgłoszeń gotowość założenia i wydawania czasopisma w języku esperanckiem p. t. „Międzynarodowa Korespondencja lekarzy“, która, wychodząc w zeszytach luźnych, poświęconą byłaby zagadnieniom interesującym wszyskich lekarzy w różnych krajach n. p. zawodowym, etycznym, społeczno-lekarskim i t. p. Do odezwy dołączony też jest już obecnie kwestjonarjusz mający służyć do zebrania materjału dla „ankiety międzynarodowej w sprawie tajemnicy zawodowej lekarzy“, co — o ile wydawanie „Korespondencji“ dojdzie do skutku — stanowić będzie treść jej pierwszego zeszytu, w przeciwnym razie rezultat ankiety ogłoszonym będzie tylko po polsku w „Głosie lekarzy“. Odpowiedzi na ankiety i zamówienia „Korespondencji“ nadsyłać należy najpóźniej do 1 marca 1908 pod adresem: Dr. S Mikołajski — Lwów, ul. Śniadeckich 6.



Komitet redakcyjny:
J. Brudziński, A. Goldman, J. Grabowski, B. Handelsman, Ks. Jasiński, H. Kohn, J. Koliński, A. Krusche, J. Maybaum, J. Michalski, I. Perlis, A. Rząd, S. Serkowski, S. Skalski, E. Sonnenberg, H. Trenkner.

Wydawca: Dr. S. Serkowski. **Redaktor:** Dr. S. Sterling.

Druk. S. Dębskiego w Łodzi, Długa 6.